

ENTRE NOUS

AOÛT 2007 VOLUME 32, N° 1

RÉPONDRE AUX BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES DÉLINQUANTS



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada

Table des matières

Entre Nous

EN COUVERTURE



Illustration créée par Gisele Richard et Doug Jackson de Accurate Design, représentant la complexité de l'esprit humain, de même que la lueur d'espoir que nous avons d'en percevoir les mystères.

Au cours des dernières années, le SCC a assisté à l'augmentation du nombre de délinquants chez qui on a diagnostiqué des troubles de santé mentale et a décidé, compte tenu de cette tendance, de s'employer de façon prioritaire à améliorer sa capacité en matière de santé mentale et à mettre en œuvre un éventail complet d'interventions pour répondre aux besoins vastes et multidimensionnels des délinquants.

Convention de la poste-publication No. 40063960
Retourner toute correspondance canadienne
ne pouvant être livrée au
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier Ouest
Ottawa (Ontario)
K1A 0P9

MANCHETTES



Editorial du commissaire 3

Le SCC lance une stratégie globale en matière de santé mentale 4

Le SCC procédera au dépistage informatisé des troubles de santé mentale 6

Les soins ambulatoires au Centre régional de traitement de l'Ontario 8

Les soins infirmiers psychiatriques 9

Les services de réadaptation au Centre régional de traitement de l'Ontario 10

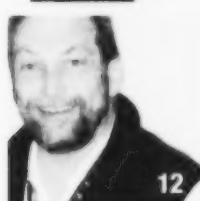
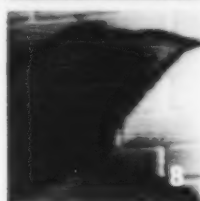
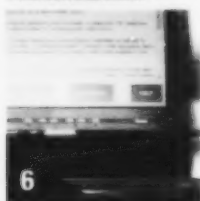
Poursuivre la Création de choix 12

Plus qu'une balade en voiture; le service d'accompagnement 14

Le pouvoir de guérison de l'amitié 16

Tout prend son sens en temps voulu 17

Vers une réinsertion sociale en toute sécurité 19



Le magazine *Entre Nous* est publié par le Secteur des communications et de l'engagement des citoyens du Service correctionnel du Canada.

Les opinions exprimées dans les articles publiés dans ce numéro ne reflètent pas nécessairement les opinions du commissaire.

Commissaire adjointe, Secteur des communications et de l'engagement des citoyens

Lisa Hardey

Rédactrice en chef

Daniela Rusu

Production

Martin Bélanger

Rédaction

Graham Chartier et Carole Robinson Oliver

Révision

Pauline Joly et Prosebastien

Correction d'épreuves

Josée Deschambault, Caitlin Horral et Julie Renaud

Renseignements

Josée Deschambault

Traduction

Bureau de la traduction

Conception graphique

Accurate Design & Communication Inc.

Comité de rédaction

Nadine Archambault

Cathy Barnes

Julie Fournier-Eirefaie

Christina Guest

Ellen Henderson

Raymond Labelle

Jim Laplante

Ginette Leclerc

Suzanne Leclerc

Marty Maltby

Julie McGregor

Shereen Benzvy Miller

Sandra Moineux

Lucie Poliquin

Mary Beth Pongrac

Bill Staubi

Lisa Watson

Collaborateurs

Kim Bennett, David Champagne, Tracey Davidson,

Dave Farnsworth, Veronica Felizardo, Jean Folsom,

Louise Kennedy, Carolyn Kirkup, Danny Offord,

Pat Onysko et Fergy Wilson

Les articles peuvent être reproduits entièrement, avec la permission du Service correctionnel du Canada, en précisant leur source.

L'équipe d'*ENTRE NOUS* serait heureuse de publier vos articles et lettres d'opinion, ainsi que de connaître vos suggestions d'articles. Les textes soumis sont susceptibles d'être révisés sur le plan du style et de la longueur. Veuillez indiquer votre adresse électronique ainsi qu'un numéro de téléphone où l'on pourra vous joindre pendant la journée et faites parvenir votre envoi à l'adresse ci-dessous :

ENTRE NOUS/LET'S TALK

Service correctionnel du Canada

340, avenue Laurier Ouest

Ottawa (Ontario) K1A 0P9

Téléphone : 613-995-5364

Télécopieur : 613-947-1184

www.csc-scc.gc.ca

ISSN 0715-285X

© Service correctionnel du Canada Août 2007



Imprimé au Canada sur du papier recyclé

Dans le présent document, la forme masculine, qui a valeur de genre neutre, désigne aussi bien les femmes que les hommes.

ÉDITORIAL DU COMMISSAIRE

Répondre aux besoins en santé mentale des délinquants

Le présent numéro d'*Entre Nous* porte principalement sur le travail accompli et les résultats obtenus par le SCC dans ses efforts auprès des délinquants aux prises avec des troubles de santé mentale. La dure réalité est qu'en seulement dix ans, la proportion de ces délinquants a grimpé en flèche et augmenté de 71 p. 100. Cette augmentation marquée signifie que le SCC et ses partenaires s'occupent maintenant d'une population de délinquants dont 12 p. 100 des hommes et une femme sur quatre ont des troubles de santé mentale.

Voilà pourquoi l'une des priorités clés du SCC est d'améliorer sa capacité de faire face à cette situation. Par des mesures énergiques, nous mettons en œuvre une stratégie globale en matière de santé mentale que nous vous présentons dans le présent numéro. Il y a aussi question de nouveaux outils de dépistage à l'intention des délinquants, qui contribueront, au moment de l'admission de ces derniers, à l'élaboration de plans correctionnels mieux adaptés à leurs besoins.

L'affectation d'employés compétents aux endroits pertinents est un autre élément essentiel dans nos efforts pour nous occuper des délinquants ayant des troubles de santé mentale, c'est pourquoi nous travaillons à la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance interne nécessaire au maintien et à l'amélioration constante de la qualité des services de santé qui leur sont offerts. Cette nouvelle structure contribuera aussi à nous assurer que les politiques sont appliquées de manière uniforme et que les pratiques normalisées favorisent une meilleure intégration des services de santé mentale et physique.



Il existe un lien direct entre l'efficacité des services offerts aux délinquants aux prises avec des troubles de santé mentale et la capacité de maintenir la sécurité des collectivités canadiennes. Notre personnel dévoué et professionnel, ainsi que nos nombreux partenaires des services correctionnels, font une réelle différence dans la vie de ces gens en les aidant et, par la même occasion, ils contribuent à la sécurité de tous les Canadiens et Canadiennes.

J'espère que vous apprécierez cet important numéro d'*Entre Nous*. Je suis persuadé qu'il vous aidera à comprendre à quel point cette priorité est intimement liée à nos autres priorités, notamment la transition en toute sécurité des délinquants dans la collectivité, la sécurité du personnel et des délinquants dans nos établissements et les efforts pour réduire l'écart entre le taux de récidive des délinquants autochtones de celui des non autochtones.

Keith Coulter

Keith Coulter
Commissaire
Service correctionnel du Canada

Un éventail complet de soins Le SCC lance une stratégie globale en matière de santé mentale

RÉPONDRE À BEAUCOUP
EN SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS

Qu'arrive-t-il lorsque le système de justice pénale devient, par défaut, le système de soins de santé? Pour bien des délinquants souffrant de troubles de santé mentale, c'est ce qui s'est produit au Canada au cours des dix dernières années à cause en grande partie des lacunes dans les services communautaires en santé mentale.

En 1997, sept pour cent des délinquants qui entraient dans le système correctionnel fédéral avaient, selon le diagnostic, un trouble de santé mentale. En 2007, la proportion s'établit à un sur huit – une hausse de 71 %. Un taux semblable d'augmentation a été enregistré dans le cas des délinquantes, dont au moins 25 % éprouvent maintenant des troubles de santé mentale lorsqu'elles sont incarcérées dans les établissements fédéraux.

« Dans nos collectivités, nous avons des besoins importants en matière de santé mentale qui ne sont pas satisfaits », dit la D^{re} Françoise Bouchard, directrice générale des Services de santé au SCC. « Il en résulte une population qui ne peut pas s'adapter à la société. Souvent, les gens finissent par commettre des infractions et sont incarcérés. »

Le défi

Mais la D^{re} Bouchard mentionne qu'une fois incarcérés, beaucoup de délinquants ayant des troubles de santé mentale ne reçoivent pas le traitement dont ils ont besoin parce que le système n'est pas en mesure de faire face à un nombre aussi élevé.

« Néanmoins, nous avons l'obligation légale d'assurer des services essentiels conformes aux normes professionnelles à tous les délinquants qui relèvent de nous, souligne-t-elle.

« L'autre élément important est que la plupart de ces détenus sont mis en liberté après avoir purgé leur peine. Si les troubles de santé mentale de ces individus n'ont pas été résolus, en établissement ou dans la collectivité, ils sont plus susceptibles de manquer aux conditions de leur mise en liberté et de se retrouver en prison. »

Soutien au changement

Une solution à ce dilemme a été proposée il y a deux ans à la suite de témoignages, y compris des mémoires du SCC, au Comité sénatorial Kirby sur la santé mentale. Le rapport du Comité, qui a consacré un chapitre aux délinquants ayant des troubles de santé mentale, a stimulé le soutien à une vaste stratégie en cinq volets sur la santé mentale et à un financement important.

D^{re} Françoise Bouchard,
directrice générale des
Services de santé au SCC



La stratégie, élaborée par les Services de santé de concert avec les régions, propose un éventail complet de services de santé mentale, depuis l'arrivée des délinquants à un établissement jusqu'à leur mise en liberté.

Dépistage au moment de l'évaluation initiale

Le premier volet de la stratégie de santé mentale prévoit un dépistage sur une base volontaire pour tous les délinquants au moment de leur arrivée à un centre régional de réception. À l'heure actuelle, les centres n'ont pas le moyen d'administrer une batterie de tests psychologiques à tous les nouveaux détenus. Mais cette situation changera sous peu suite à l'introduction d'une méthode uniformisée de dépistage au moment de l'évaluation initiale (voir l'article à la page 6.)

« Souvent, s'ils ne sont pas identifiés au moment de l'évaluation initiale, certains délinquants finissent par être placés en isolement ou à l'Unité spéciale de détention en raison de leur trouble de santé mentale, explique la D^{re} Bouchard. Dorénavant, grâce à l'outil de dépistage automatisé des troubles de santé mentale, nous aurons une façon d'évaluer tous les délinquants et nous pourrons intervenir plus rapidement pour que les délinquants ne souffrent pas inutilement de leur maladie et qu'ils puissent donner suite à leur plan correctionnel. »

Un autre avantage prévu est l'augmentation de la sécurité du personnel correctionnel, des bénévoles et des autres détenus.

Le dépistage informatisé systématique devrait également produire des données plus précises sur les besoins généraux en santé mentale et aider le SCC à prendre des décisions relatives aux programmes à l'échelle de tout le système.

Soins primaires

Le deuxième volet de la stratégie concerne les soins primaires ou de base en santé mentale dans chaque établissement. En principe, tous les établissements

du SCC sont censés avoir des équipes de santé mentale constituées de psychologues, de personnel infirmier en soins psychiatriques, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels comme les psychiatres ou les ergothérapeutes.

« De fait, affirme la D^{re} Bouchard, ces équipes ne fonctionnent pas régulièrement dans tous nos établissements parce que le personnel est aux prises avec la gestion de crise. Souvent, nos psychologues s'occupent des évaluations du risque – ils gèrent le risque que posent les délinquants au lieu de traiter leur troubles de santé mentale. »

Cette situation changera aussi suite à la création d'équipes en santé mentale complètes dans un certain nombre d'établissements à sécurité maximale et moyenne.

« Nous ne voulons pas d'une situation où la seule façon pour un délinquant d'avoir accès à des services en santé mentale consiste à être transféré dans un centre de traitement, dit la D^{re} Bouchard. Nous voulons avoir les services dans l'établissement, le plus près possible du délinquant. »

Pour y arriver, il faudra former les équipes nouvellement constituées et les orienter vers les pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale en milieu correctionnel. Les agents de correction recevront également une formation afin de mieux comprendre les signes et les symptômes de la maladie mentale et de pouvoir interagir avec les détenus pour déterminer si la meilleure intervention consiste à diriger le délinquant vers l'équipe qui travaille en santé mentale.

Soins intermédiaires

Le troisième volet de la stratégie reconnaît le fait que, même s'il n'est pas nécessaire de les hospitaliser dans un centre de traitement, certains délinquants ayant des troubles de santé mentale ont besoin d'un milieu plus structuré que celui offert par un établissement ordinaire. Ils ont besoin d'une unité résidentielle, où ils peuvent continuer d'appliquer leur plan correctionnel, tout en bénéficiant du traitement et du soutien dont ils ont besoin pour gérer leur maladie.

« À l'heure actuelle, beaucoup de délinquants éprouvant des troubles de santé mentale sont intégrés à la population carcérale générale, ce qui les expose à certains risques et ne leur permet pas de bénéficier d'interventions plus structurées, affirme la D^{re} Bouchard. Par conséquent, dans chaque région, nous projetons de créer des unités de soins de santé intermédiaires dans certains de nos établissements. »

Soins intensifs – Centres régionaux de traitement

Les centres régionaux de traitement, qui sont conçus pour offrir des soins intensifs aux délinquants souffrant de troubles mentaux aigus comme la schizophrénie, recevront aussi de nouvelles ressources dans le cadre de la stratégie de santé mentale. Les cinq établissements pourront ainsi obtenir ou maintenir leur accréditation comme hôpitaux psychiatriques, qui se conforment à des normes comparables à celles qui s'appliquent dans la collectivité.

« Dans bien des cas, le ratio personnel/patient est insuffisant, dit la D^{re} Bouchard. Nous devons donc normaliser la situation en offrant une formation adéquate au personnel, en appliquant des normes uniformes en matière de soins et en recourant à une force adaptée aux délinquants souffrant d'une maladie mentale. »

Au moyen du filtrage général de tous les délinquants qui entrent dans le système correctionnel, le SCC sera mieux en mesure d'établir des critères uniformes d'admission dans les centres de traitement.

« Nous n'avons jamais établi de critères d'admission normalisés », dit Jane Laishes, gestionnaire principale aux Services de santé mentale de l'administration centrale du SCC. « Nous devons avoir des critères uniformes dans tout le pays pour éviter qu'un détenu puisse dire : "J'ai pu obtenir ce traitement dans l'Ouest et maintenant que je suis en Ontario, il n'est pas offert." »

Soins transitoires – Au retour dans la collectivité

Le cinquième volet de la stratégie, l'Initiative du SCC sur la santé mentale dans la collectivité, a été entrepris en 2005, et des fonds de près de 30 millions de dollars ont été affectés pour une période de cinq ans. (Voir *Entre Nous*, vol. 30, n° 4 et le présent numéro, p. 19.)

« Ce que nous avons observé, dit M^{me} Laishes, c'est que les délinquants qui avaient des troubles de santé mentale étaient ceux qui avaient le moins de chances de bénéficier d'une libération conditionnelle. Souvent, nous ne pouvions pas assurer la continuité des soins après leur mise en liberté; par conséquent, ces délinquants étaient laissés à eux-mêmes, sans soutien de la collectivité. »

« Une meilleure planification de la libération, qui commencerait neuf mois avant la date de mise en liberté du délinquant, ainsi que la présence d'un personnel spécialisé en santé mentale dans certains bureaux de libération conditionnelle de district devraient permettre une réinsertion sociale sans heurt et sans danger pour le public, affirme M^{me} Laishes. L'autre élément clé sera le partenariat du SCC avec les fournisseurs de services dans la collectivité pour que les délinquants souffrant d'une maladie mentale continuent d'obtenir l'aide dont ils ont besoin lorsqu'ils ne seront plus en liberté conditionnelle. »

« Nous espérons que les délinquants finiront par suivre leur plan de traitement et qu'il y aura moins de problèmes de violation des conditions de la libération conditionnelle ou de dysfonctionnement comportemental et de problèmes de sécurité dans la collectivité », dit M^{me} Laishes.

Établissement de priorités : un projet pilote de deux ans

En 2006, la D^{re} Bouchard et son équipe ont consulté les régions au sujet des quatre premiers volets de la stratégie pour déterminer si elle répondait à leurs besoins. Elle a reçu un appui général, et toutes les régions ont convenu qu'il faudrait au début mettre l'accent sur l'évaluation initiale et les soins primaires de santé mentale.

Le SCC dispose maintenant de fonds de 21 millions de dollars pour les deux prochaines années. L'argent sera affecté à un projet de dépistage informatisé, à la formation, au recrutement, à la prestation de services par les équipes en santé mentale de soins primaires, à la formation des agents de correction et à l'amélioration des soins aux patients dans les centres de traitement.


Grâce au dépistage universel, on estime qu'il sera possible de soumettre jusqu'à 25 % des nouveaux détenus à une évaluation supplémentaire et à un suivi. La D^{re} Bouchard est confiante que l'organisme pourra faire face à la hausse prévue de la demande de services.

« Nous avons les ressources. Ce que nous devons changer maintenant, c'est notre reconnaissance du problème et la façon dont nous traitons les délinquants qui ont un problème de santé mentale, dit-elle. La stratégie en matière de santé mentale nous a donné une orientation pour les prochaines années. Elle montre que nous pouvons prendre des mesures utiles et efficaces. En définitive, tout le monde en bénéficiera si nous pouvons réduire la souffrance humaine causée par les maladies mentales – notre personnel et les bénévoles, les délinquants et leur famille ainsi que l'ensemble de la collectivité. » ♦



Jane Laishes, gestionnaire principale, Services de santé mentale, Administration centrale du SCC.

Le SCC procédera au dépistage informatisé des troubles de santé mentale



D^r Andrew Harris,
gestionnaire
principal de la
recherche

Selon l'Aperçu statistique du système correctionnel et de la mise en liberté sous condition de 2006, 10 % des délinquants éprouvent un trouble de santé mentale lorsqu'ils entrent dans le système correctionnel fédéral. D'après le même rapport, 20 % des délinquants sous responsabilité fédérale prennent des médicaments sur ordonnance pour leurs problèmes psychiatriques au moment de leur incarcération. « À en juger d'après l'écart observé, le système ne compte ni ne suit de manière fiable les individus ayant un trouble de santé mentale » affirme le D^r Andrew Harris, gestionnaire principal de la recherche.

Comme les maladies mentales sont trop souvent perçues comme une maladie honteuse dans la société, beaucoup de détenus croient qu'ils doivent dissimuler leurs troubles de santé mentale au moment de leur incarcération. Les délinquants qui ne font pas l'objet d'un dépistage et qui ne sont pas traités peuvent causer des perturbations, constituer une menace pour eux-mêmes et les autres ou, parce qu'ils sont laissés à eux-mêmes dans la population carcérale ordinaire, ils peuvent devenir la proie d'autres détenus.

« Le SCC a toujours eu pour objectif de déterminer les délinquants souffrant de troubles de santé mentale au moment de leur évaluation initiale pour qu'on puisse mieux répondre à leurs besoins, dit le D^r Andrew Harris. Mais jusqu'à tout

récemment, nous n'avions pas les outils ou les ressources nécessaires pour procéder à un dépistage général.

« L'administration des évaluations de la santé mentale exige beaucoup de temps et est très coûteuse, d'où la difficulté d'effectuer un dépistage quotidien chez un grand nombre de détenus », explique-t-il.

De vastes consultations auprès du personnel régional ont mené le D^r Andrew Harris et son équipe, à concevoir un outil de dépistage informatisé des troubles de santé mentale, qui doit faire l'objet d'un essai dans le cadre d'un projet pilote dans des centres de réception au cours des deux prochaines années.

Mode de fonctionnement

On demandera à tous les délinquants sous responsabilité fédérale qui arriveront à un centre régional de réception de s'asseoir devant un ordinateur privé et de répondre pendant 30 à 40 minutes à un test vrai-faux et à une série de questions sur une échelle (« pas du tout », « un peu », « moyennement » et « beaucoup »). La participation est facultative.

Les tests sont utilisés dans des établissements correctionnels depuis quelques années et comprennent ce qu'on appelle le bref inventaire des symptômes des indicateurs de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, l'hostilité, le trouble obsessionnel-compulsif et la paranoïa ainsi qu'une échelle de mesure de l'état dépressif, du

désespoir et du suicide, mis au point au sein du SCC. Un troisième test, l'échelle de déception de Paulus, est une mesure de sauvegarde contre les réponses simulées.

L'ordinateur peut lire à voix haute, en français ou en anglais, les questions du niveau de la sixième année aux délinquants qui ne peuvent pas les lire. Il est prévu d'ajouter les principales langues des Autochtones et des immigrants ainsi que des tests pour dépister le trouble de la personnalité, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Le gestionnaire de projet le D^r Ron Frey, psychologue clinicien engagé pour surveiller la mise en œuvre de l'outil de dépistage, souligne que le processus est conçu de façon à permettre aux délinquants de prendre une pause lorsqu'ils en ont besoin ou de poser des questions. « Ils ne sont pas laissés à eux-mêmes dans une pièce avec un ordinateur, dit-il. Il y a toujours un clinicien à proximité au cas où une question perturberait un détenu ou lui rappellerait des souvenirs douloureux qui pourraient poser un risque pour la sécurité. »

Il y aura d'autres contacts humains sous forme d'un entretien face à face avec un psychologue, s'il y a lieu, après que les délinquants auront rempli les tests informatisés. « Afin de décider si un délinquant doit faire l'objet d'une évaluation de suivi, on ne peut pas tenir compte seulement des résultats, dit le D^r Ron Frey. Par exemple, dans le cas des délinquants autochtones, il faut avoir recours à un clinicien qui comprend la culture de la personne qui est en face de lui pour pouvoir interpréter de façon appropriée les résultats des tests psychologiques. »

Résultats

Après que les délinquants auront terminé le processus de dépistage, les données permettront de produire un rapport qui sera annexé à leur dossier médical confidentiel. Si le score dépasse un certain seuil, le délinquant est aiguillé automatiquement vers un psychologue qui procédera à une évaluation complète du détenu et au traitement de celui-ci, s'il y a lieu, y compris le placement dans un centre régional de traitement ou dans un autre établissement spécialisé.

« Nous utilisons plus efficacement nos ressources, affirme le D^r Ron Frey, si nous procédons à des évaluations personnalisées seulement dans le cas des délinquants qui ont

retenu l'attention. Au niveau du système, les données que nous recueillons nous permettent aussi d'établir des profils régionaux des besoins en santé mentale et de mieux planifier le traitement, y compris le genre de suivi qui convient après la mise en liberté d'un détenu. »

Le fait que les résultats de tous les tests soient accessibles en ligne permet d'éviter l'épineux problème de l'entrée des données et la possibilité d'erreurs humaines à laquelle elle peut donner lieu.

Les résultats de tous les tests seront transmis à la Direction de la recherche de l'administration centrale pour être analysés et ils contribueront à la prise des décisions en matière de programmes à tous les niveaux et serviront à établir le bien-fondé d'un accroissement des ressources affectées à la santé mentale. « Les variations par rapport à l'année précédente des résultats des tests de dépistage permettront aussi au SCC de répondre aux besoins futurs », souligne le D^r Andrew Harris.

Des tests de dépistage semblables font aussi l'objet de projets pilotes dans la région du Pacifique, mais ils sont administrés manuellement en présence d'un membre du personnel infirmier des services psychiatriques. Les résultats de ce projet seront utiles pour l'estimation des besoins à l'échelle nationale concernant l'embauche d'un plus grand nombre de membres du personnel des soins en santé mentale.

Avantages

« Jusqu'à présent, de 25 à 30 % des nouveaux délinquants qui arrivent dans la région du Pacifique souffrent d'une forme quelconque de trouble mental, et le nombre d'admissions à

l'hôpital psychiatrique et à l'unité de réadaptation augmente en conséquence, signale le directeur général Art Gordon. Nous avons constaté, dit-il, que le simple fait qu'un professionnel œuvrant en santé mentale s'occupe des gens dès le début contribue dans une grande mesure au bon fonctionnement de toute l'unité. »

« Le dépistage ne permet pas d'établir un diagnostic, fait remarquer le D^r Andrew Harris, mais il détecte les problèmes. La grande différence ici, c'est que si un nouveau détenu a un problème, nous pourrions répondre proactivement et le soutenir au lieu d'attendre qu'il soit en état de crise. »

« Nous ne voulons pas que les délinquants qui dissimulent assez bien leur état pour franchir le stade de la réception traitent eux-mêmes leur trouble de santé mentale dans leur cellule. Il n'est pas facile de traiter un problème dissimulé. Par ailleurs, il est très difficile de demander des ressources supplémentaires pour régler un problème déjà difficile à dépister ou lorsqu'on sait que le nombre de délinquants ayant des troubles de santé mentale est sous-estimé. »

Outre les avantages dont bénéficient les délinquants ainsi que le personnel et la direction du SCC, le dépistage universel a aussi une incidence sociale plus grande, fait remarquer le D^r Andrew Harris, et peut faciliter le retour des délinquants dans la société et leur acceptation par celle-ci.

« Nous voulons que les délinquants retirent le plus possible de leur expérience correctionnelle pour qu'ils ne reviennent pas. Nous pouvons mieux les aider lorsque nous avons des données valides et fiables. C'est une question de sécurité publique. ♦



D^r Ron Frey, gestionnaire de projet et psychologue clinicien engagé pour surveiller la mise en œuvre de l'outil de dépistage.

Les soins ambulatoires au Centre régional de traitement de l'Ontario

Le Programme de soins ambulatoires au Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTL) était le premier du genre au SCC. Le programme a été établi en 1987 après la publication du rapport révolutionnaire d'une étude sur la définition des besoins des malades souffrant d'une maladie mentale. L'étude a confirmé ce que les directeurs d'établissement soupçonnaient depuis longtemps – les services de traitement des délinquants souffrant d'une maladie mentale étaient totalement insuffisants.

PAR **Jean Folsom**, directrice des Services de psychologie et de réadaptation, **Pat Onysko**, infirmier aux soins ambulatoires, **Louise Kennedy** et **Carolyn Kirkup**, infirmières aux soins ambulatoires

Au début, le programme consistait à prodiguer des soins de santé mentale de suivi réguliers en vue de réduire le nombre d'admissions et de réadmissions au CRTL de délinquants provenant de leurs établissements d'origine. Il comptait et compte encore des infirmières et infirmiers en psychiatrie autorisés qui se rendent dans les établissements et, à l'occasion, dans les centres correctionnels communautaires.

Au fil des ans, on en est venu à mettre l'accent sur le maintien des délinquants ayant des troubles de santé mentale dans leur établissement. Le programme comprend quatre activités principales :

- des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des délinquants et des membres du personnel qui leur offrent des services autres que des soins de santé mentale;

Jean Folsom, directrice des Services de psychologie et de réadaptation

Photo : Jeff Henson

Les soins ambulatoires au Centre régional de traitement de l'Ontario

Le Programme de soins ambulatoires au Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTO) était le premier du genre au SCC. Le programme a été établi en 1987 après la publication du rapport révolutionnaire d'une étude sur la définition des besoins des malades souffrant d'une maladie mentale. L'étude a confirmé ce que les directeurs d'établissement soupçonnaient depuis longtemps – les services de traitement des délinquants souffrant d'une maladie mentale étaient totalement insuffisants.

PAR **Jean Folsom**, directrice des Services de psychologie et de réadaptation, **Pat Onysko**, infirmier aux soins ambulatoires, **Louise Kennedy** et **Carolyn Kirkup**, infirmières aux soins ambulatoires

Au début, le programme consistait à prodiguer des soins de santé mentale de suivi réguliers en vue de réduire le nombre d'admissions et de réadmissions au CRTO de délinquants provenant de leurs établissements d'origine. Il comptait et compte encore des infirmières et infirmiers en psychiatrie autorisés qui se rendent dans les établissements et, à l'occasion, dans les centres correctionnels communautaires.

Au fil des ans, on en est venu à mettre l'accent sur le maintien des délinquants ayant des troubles de santé mentale dans leur établissement. Le programme comprend quatre activités principales :

- des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des délinquants et des membres du personnel qui leur offrent des services autres que des soins de santé mentale;

Jean Folsom, directrice des Services de psychologie et de réadaptation

Photo : Bill Rankin

Les soins infirmiers psychiatriques



Carolyn Kirkup

Carolyn Kirkup, infirmière autorisée,
infirmière en soins infirmiers psychiatriques,
Programme de soins ambulatoires,
Centre régional de traitement de l'Ontario
Photos : Philip Gordanier

- la surveillance de l'efficacité des médicaments psychotropes pour déterminer si le délinquant doit également être vu par le psychiatre;
- l'aiguillage des délinquants vers le psychiatre lorsque cela est justifié;
- la planification de l'autorisation de sortie des services de santé mentale pour les délinquants prêts à être mis en liberté.

Dans certains établissements, l'infirmier ou l'infirmière des soins ambulatoires repère tous les délinquants nouvellement admis qui sont considérés dans le Système de gestion des délinquants comme ayant des besoins en matière de santé mentale pour déterminer s'ils ont des besoins courants et si une autre évaluation ou une intervention est nécessaire. Dans d'autres établissements, l'infirmière ou l'infirmier assure divers services à la clinique psychiatrique comme l'établissement des priorités concernant les délinquants dirigés et l'assistance au psychiatre de la clinique.

À titre de membres actifs des équipes de santé mentale des établissements, les infirmières ou les infirmiers en psychiatrie assurent la liaison entre le CRTO et les établissements. Ils agissent également comme un pont entre les services de psychologie et les infirmières des établissements pour faciliter les communications. Leur propre réseau interne leur permet d'avoir une bonne vue d'ensemble des délinquants qui ont des besoins en matière de santé mentale dans la région.

En bref, les infirmières ou les infirmiers aux soins ambulatoires sont le « liant » qui tient ensemble les services de santé mentale dans la région de l'Ontario. Ils offrent un éventail complet de soins depuis l'admission jusqu'à la mise en liberté, puis dans la collectivité. Les réactions des délinquants et du personnel des établissements sur l'utilité et l'efficacité de ce service unique ont été extrêmement positives. ♦

La D^{re} Hildegard E. Peplau, décédée en 1999 à l'âge de 89 ans, est considérée par les membres du personnel infirmier du monde entier comme la fondatrice des soins infirmiers psychiatriques. À ses yeux, la principale question était la suivante : « Que savent les membres du personnel infirmier et comment utilisent-ils leurs connaissances pour en faire bénéficier les malades? »

La sphère d'influence de la D^{re} Peplau va bien au-delà du domaine des soins infirmiers psychiatriques. Elle a rehaussé les normes professionnelles de l'enseignement et de la pratique en matière de soins infirmiers et elle a insisté sur l'importance de l'autoréglementation professionnelle par la délivrance de titres et de certificats. Elle a fait en sorte que les soins infirmiers psychiatriques continuent de progresser pendant le nouveau millénaire dans quatre domaines principaux :

- les relations entre les membres du personnel infirmier et le patient;
- l'engagement à l'égard de la pratique fondée sur l'expérience clinique;
- la compétence dans le domaine des technologies de l'information;
- le leadership concernant le déplacement du paradigme des soins de santé vers la prestation des services dans la collectivité.

Aujourd'hui, les soins infirmiers psychiatriques font partie de tous les programmes de soins infirmiers menant à un diplôme et au baccalauréat à l'échelle internationale. La spécialisation peut avoir lieu au deuxième cycle universitaire. Les sous-spécialités comprennent les soins aux enfants, aux adolescents et aux adultes, la gériatrie, la consultation/liaison, la toxicomanie et l'abus d'alcool ou de drogues. Les problèmes de santé liés à l'alimentation et la psychiatrie médico-légale. Les soins infirmiers psychiatriques dans le domaine des services correctionnels forment également une sous-spécialité.

Que savent les membres du personnel infirmier?

Nous savons que le nombre de délinquants souffrant de troubles mentaux dans les établisse-

ments fédéraux canadiens augmente. Bien des délinquants ont des maladies physiques et mentales graves et chroniques qui nécessitent beaucoup de soins de santé. En raison des facteurs propres aux établissements, de la vulnérabilité des détenus, des piètres capacités d'adaptation et des conditions de détention, comme l'isolement, il est extrêmement difficile pour les membres du personnel infirmier qui travaillent en milieu carcéral de prodiguer des soins à ces délinquants.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les infirmières et infirmiers psychiatriques doivent avoir des connaissances concernant les théories biologiques et psychologiques de la santé mentale et de la maladie mentale, la psychothérapie, la toxicomanie, la prise en charge des populations à risque, la collectivité en tant que milieu thérapeutique, les répercussions culturelles et spirituelles des soins infirmiers, la psychopharmacologie et les documents portant sur les soins à prodiguer aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Les compétences portent sur l'évaluation biopsychologique globale, la collaboration interdisciplinaire, le recensement et la coordination des ressources pour les délinquants et leur famille, l'utilisation de systèmes de classification des diagnostics psychiatriques, la communication thérapeutique, l'établissement de relations thérapeutiques, l'utilisation thérapeutique de soi, la psychoéducation avec les clients et l'administration et la surveillance d'agents psychopharmacologiques.

Des infirmières et infirmiers autorisés ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés prodiguent des soins infirmiers psychiatriques au Centre régional de traitement de l'Ontario. Les coordonnateurs des soins infirmiers sont chargés de la gestion, du leadership, de l'éducation et de la formation. Les membres du personnel infirmier travaillent avec les délinquants pour les aider à atteindre leurs objectifs en matière de rétablissement. Des infirmières et infirmiers spécialisés en soins infirmiers psychiatriques accrédités auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada travaillent avec les délinquants dans le cadre du Programme de soins ambulatoires.

Comment les membres du personnel infirmier utilisent-ils leurs connaissances pour en faire bénéficier les délinquants?



Les services de réadaptation au Centre
régional de traitement de l'Ontario

**Les compétences
nécessaires pour relever
le défi du quotidien**

Le Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTO) offre divers services de réadaptation novateurs visant à aider les délinquants aux prises avec des troubles mentaux en leur enseignant une compétence monnayable ou en leur permettant de pratiquer une activité utile. De plus, les délinquants acquièrent bon nombre des « compétences nécessaires pour relever le défi du quotidien », comme suivre les instructions, s'entendre avec les autres et s'autodiscipliner. Grâce aux services de réadaptation comme ceux décrits ici, ces délinquants espèrent améliorer leurs perspectives d'avenir après leur mise en liberté – en se réinsérant dans la société en toute sécurité et en devenant un membre actif de celle-ci.



Une deuxième vie pour les vieux blue-jeans

Les détenus acquièrent la confiance en soi et trouvent une façon de remettre ce qu'ils ont reçu

les associés de l'entreprise positive Free Spirit et **Tracey Davidson**, ergothérapeute, CETO, et l'aumônier **Ferqy Wilson**, CETO.

Ce sont des délinquants sous responsabilité fédérale. Ils souffrent de maladies mentales. Ils purgent une peine de longue durée ou même d'une durée indéterminée. Mais ils produisent des articles magnifiques, vendables et pratiques. Ce n'est pas tout : ils fabriquent leurs créations à partir de vieux matériel. Il est difficile d'imaginer que leurs sacs fourre-tout ou leurs vestes pour chiens, robustes, attrayants et à la mode, étaient des blue-jeans ou des uniformes de gardiens, destinés au lieu d'enfouissement.

L'entreprise positive Free Spirit au Centre régional de traitement de l'Ontario favorise le rétablissement des délinquants souffrant d'une maladie mentale. Elle combat les préjugés et aide 14 travailleurs à s'intégrer à la collectivité.

Comment les membres du personnel infirmier utilisent-ils leurs connaissances pour en faire bénéficier les délinquants?

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a des lignes directrices sur les pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique comme les soins axés sur le client, l'établissement de relations thérapeutiques et l'intervention en situation de crise qui aident les infirmières et infirmiers psychiatriques qui travaillent dans les établissements correctionnels, où la connaissance de soi et la détermination de limites sont essentielles pour intervenir en cas de crise des délinquants.

Cette année, l'AIIAO organise la première conférence internationale sur les lignes directrices concernant les pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique. De nouveaux partenariats ont été créés pour évaluer les lignes directrices sur la pratique clinique au Canada et dans le monde entier. La collaboration, le partage d'information, le travail avec les chercheurs, les établissements d'enseignement et les fournisseurs de soins de santé permettront de traduire l'expérience clinique en pratique. Des réseaux où des infirmières et des infirmiers psychiatriques et des organismes de soins de santé se réunissent pour échanger de l'information sur les améliorations spectaculaires produisent des résultats cliniques positifs pour nos patients et nos délinquants.

Les domaines de pratique suivants en soins infirmiers psychiatriques de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada s'appliquent au milieu correctionnel :

- la fonction d'aide;
- le diagnostic et la surveillance;
- la fonction d'enseignement et d'encadrement;
- l'application et la surveillance des interventions thérapeutiques;
- la gestion efficace de situations qui évoluent rapidement;
- les compétences en matière d'organisation et de travail;
- la surveillance et l'assurance de la qualité des pratiques de soins de santé. ♦



Pat Dnynsko, Louise Kennedy et Carolyn Kirkup, respectivement infirmières et infirmiers aux soins ambulatoires

Les services de réadaptation au Centre régional de traitement de l'Ontario

Les compétences nécessaires pour relever le défi du quotidien

Le Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTO) offre divers services de réadaptation novateurs visant à aider les délinquants aux prises avec des troubles mentaux en leur enseignant une compétence monnayable ou en leur permettant de pratiquer une activité utile. De plus, les délinquants acquièrent bon nombre des « compétences nécessaires pour relever le défi du quotidien », comme suivre les instructions, s'entendre avec les autres et s'autodiscipliner. Grâce aux services de réadaptation comme ceux décrits ici, ces délinquants espèrent améliorer leurs perspectives d'avenir après leur mise en liberté – en se réinsérant dans la société en toute sécurité et en devenant un membre actif de celle-ci.



Rocco porte une veste pour chiens fabriquée par Free Spirit. La veste de couleur olive est faite à partir d'anciennes vestes d'agents de correction.

Une deuxième vie pour les vieux blue-jeans

Les détenus acquièrent la confiance en soi et trouvent une façon de remettre ce qu'ils ont reçu

Ce sont des délinquants sous responsabilité fédérale. Ils souffrent de maladies mentales. Ils purgent une peine de longue durée ou même d'une durée indéterminée. Mais ils produisent des articles magnifiques, vendables et pratiques. Ce n'est pas tout : ils fabriquent leurs créations à partir de vieux matériel. Il est difficile d'imaginer que leurs sacs fourre-tout ou leurs vestes pour chiens, robustes, attrayants et à la mode, étaient des blue-jeans ou des uniformes de gardiens, destinés au lieu d'enfouissement.

L'entreprise positive Free Spirit au Centre régional de traitement de l'Ontario favorise le rétablissement des délinquants souffrant d'une maladie mentale. Elle combat les préjugés et aide 14 travailleurs à s'intégrer à la collectivité.

PAR les associés de l'entreprise positive Free Spirit et Tracey Davidson, ergothérapeute, CRTO, et l'aumônier Fergy Wilson, CRTO

Photo : Mark Hauser

Les travailleurs, ou associés, ont trouvé eux-mêmes le nom de « Free Spirit ». Ils sont fiers de leurs œuvres, qui sont vendues localement. Tous les deux mois, 60 % des profits sont déposés dans les comptes personnels des délinquants selon le nombre d'heures pendant lesquelles ils ont travaillé. De ce qui reste, 25 % servent à acheter de l'équipement et des matières premières et 15 % sont conservés pour les frais professionnels d'urgence. Les associés donnent 15 % de leurs profits ou des articles à des organismes de charité comme Centraide.

Après huit ans d'activité, les associés disent que Free Spirit remporte du succès en raison de sa structure simple, de sa philosophie reposant sur le consensus et de son mode de fonctionnement démocratique. Ils aiment également relever le défi de « faire quelque chose à partir de rien ». Voici ce qu'ils en disent :

- « J'apprends beaucoup des autres. Il y a un sentiment de respect mutuel. »
- « J'aime venir travailler. Cela m'a aidé à développer de saines habitudes. »
- « On acquiert la sagesse, la foi, la compréhension et la discipline. »
- « Le travail me donne l'impression d'appartenir à quelque chose. »
- « L'entreprise me laisse espérer un avenir meilleur. »
- « L'entreprise m'a donné de nouvelles idées pour commencer à fabriquer bénévolement des foulards à l'intention des malades atteints du cancer qui sont en chimiothérapie. J'ai appris à être indépendant, ce qui me permettra de lancer ma propre entreprise. »

Tracey Davidson, ergothérapeute autorisée, aide chaque associé à obtenir un emploi productif et valorisant au moyen d'une évaluation permanente, d'une aide à l'emploi et d'aménagements en milieu de travail. L'aumônier Fergy Wilson prête son concours en s'occupant de la commercialisation des œuvres dans la collectivité.

Une version de cet article a paru dans la publication *Dialogue* du diocèse anglican de l'Ontario en janvier 2007. ♦



De gauche à droite : Dave Farnsworth, psychologue; Tracey Davidson, ergothérapeute; l'aumônier Fergy Wilson; Kim Bennett, thérapeute du comportement; Danny Offord, formateur en milieu de travail-services d'entretien ménager; Donna Stickles, thérapeute du comportement

Programme de formation en milieu de travail

PAR **Danny Offord**, formateur en milieu de travail-services d'entretien ménager et **Dave Farnsworth**, psychologue, CRTO

La formation en milieu de travail au Centre régional de traitement de l'Ontario repose sur un programme de nettoyage, visant à enseigner les normes de l'industrie pour le milieu hospitalier. Il en résulte un environnement plus propre et plus sain pour les détenus, le personnel et les visiteurs. L'objectif est la réadaptation au moyen d'un travail valorisant. La thérapie par le travail est un aspect du plan de traitement du patient, complété par le counseling, les médicaments et les programmes correctionnels.

Le programme de nettoyage a été créé en 1999 par l'ergothérapeute Tracey Davidson et le psychologue Dave Farnsworth. Ce programme continue de faire partie du Service de psychologie et offre un emploi assisté aux détenus ayant des troubles mentaux graves et chroniques, des problèmes psychologiques, des troubles d'apprentissage ou n'ayant à peu près pas d'antécédents professionnels. Pour citer un ex-agent de libération conditionnelle : « Il incite les détenus qui passent la plus grande partie de la journée assis sur l'appui de fenêtre ou qui dorment, à s'adonner à des activités constructives ».

Les fonctions de formateur en milieu de travail comprennent la surveillance du lieu de travail, l'établissement du calendrier de travail, l'obtention de l'équipement et la prestation de services de nettoyage et de désinfection dans les zones d'accès restreint. Le formateur travaille avec les détenus-patients, il prodigue des encouragements, il sert de modèle de comportement et fournit une rétroaction. Les évaluations sont également communiquées à l'équipe multidisciplinaire – personnel médical, psychologues, agents de libération conditionnelle, agents chargés des cas et la Commission nationale des libérations conditionnelles.

Résultats

En 2002, cinq participants au programme ont été mis en liberté. De ce nombre, trois sont encore employés. Jusqu'à maintenant, voici les résultats obtenus :



Danny Offord, formateur en milieu de travail-services d'entretien ménager

- Cinq participants ont terminé avec succès le programme de nettoyage de 72 heures. Parmi ceux-ci, deux sont employés comme préposés au nettoyage à temps plein;
- treize ont terminé la formation sur la santé et la sécurité et ont prouvé qu'ils pouvaient l'utiliser;
- treize ont terminé la formation sur la certification aux termes du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT);
- douze ont terminé la formation sur les procédures de nettoyage acceptées par l'industrie pour les biorisques et les pathogènes à diffusion hémotogène;
- cinq ont reçu une formation supplémentaire sur les procédures de nettoyage industriel pour un milieu hospitalier et l'utilisation correcte des produits chimiques et de l'équipement de nettoyage;
- trois ont reçu de la formation sur la rédaction de lettres d'accompagnement et de curriculum vitae.

D'après les commentaires suivants des participants, les avantages sont évidents :

- « Lorsque je travaille, je n'entends pas les voix. »
- « Le travail m'a aidé à acquérir des compétences humaines. Je me dispute moins avec les autres. »
- « Le programme a accru mes connaissances et mon sentiment de sécurité. »
- « Il ajoute une structure à ma journée. »
- « Le travail me motive. Je ne me sens pas déprimé lorsque je travaille. Il faut travailler. » ♦

Programme des aides de cuisine

PAR **Kim Bennett**, thérapeute du comportement, CRTO

Le programme des aides de cuisine a débuté en 2005 lorsque le Pénitencier de Kingston (PK) a demandé au Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTO) de voir si des patients pourraient se charger d'assembler des sacs de condiments et d'ustensiles pour leur unité d'isolement et la rangée des soins de courte durée. Le personnel de la cuisine a besoin des sacs pour servir les repas aux détenus. Le CRTO a accepté, et deux thérapeutes du comportement ont adopté le projet.

Le programme se déroule pendant trois demi-journées par semaine et peut employer cinq ou six patients par séance. Le groupe travaille selon le principe de la chaîne de montage, chaque personne remplissant une tâche précise. Dans un groupe, quatre patients réunissent des sacs contenant les ustensiles et les condiments d'une journée pour le PK et les unités du CRTO. Pendant chaque séance, les patients peuvent remplir le nombre de sacs nécessaires pour deux jours ou 420 ensembles. L'autre groupe place les ustensiles et les condiments du week-end pour la population carcérale du PK.

Contrairement à d'autres programmes, les participants ne perdent pas leur rémunération s'ils ne peuvent pas travailler à cause de problèmes de santé mentale. Des travailleurs occasionnels peuvent être appelés à la dernière minute si un participant ne se sent pas bien. Lorsqu'il est prêt, il retourne participer au programme.

Les patients qui souffrent d'une maladie mentale grave estiment que le programme constitue une bonne distraction qui leur permet de faire quelque chose à l'extérieur de leur unité. Un homme a dit qu'il avait l'impression de s'éloigner des voix qu'il entend lorsqu'il travaille dans le groupe.

Depuis 2005, 23 patients ont participé au programme. Il a remporté beaucoup de succès, car il offre un travail valorisant et productif aux délinquants qui ne peuvent pas remplir d'autres tâches et il répond à un besoin constant de la cuisine du PK. ♦

Kim Bennett et Donna Stickles, thérapeutes du comportement au CRTO supervisent les patients qui assemblent des centaines de sacs de condiments et d'ustensiles pour la cuisine du Pénitencier de Kingston chaque semaine.



Services de santé mentale pour les délinquantes Poursuivre la Création de choix



Dr. Allister Webster

RÉPONDRE AUX BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES DÉLINQUANTS

Les statistiques peuvent varier d'une année à l'autre, mais une chose est certaine : les délinquantes sont deux fois plus susceptibles que les détenus de souffrir d'une maladie mentale, et la dépression profonde ainsi que la schizophrénie figurent en tête de liste. Selon les données les plus récentes, 25 % des femmes sous responsabilité fédérale éprouvaient un trouble de santé mentale au moment de leur évaluation initiale comparativement à 12 % des délinquants.

Photo : Paul Pollard

Même s'il n'existe pas de profil type des délinquantes ayant des troubles de santé mentale, un comité d'experts, qui a présenté le *Rapport sur les progrès réalisés de 1996 à 2006 dans le domaine des services correctionnels pour femmes* au SCC, a convenu que les femmes éprouvant des troubles de santé mentale comptent parmi les personnes les plus vulnérables de la population carcérale en raison des expériences préjudiciables qu'elles ont vécues pendant leur vie, notamment la pauvreté, la violence familiale, la violence physique et sexuelle, les traumatismes et la toxicomanie.

Une approche axée sur les femmes

Diverses études menées à la fin des années 90 ont confirmé que les délinquantes souffrant de troubles de santé mentale avaient des besoins spéciaux et que leur plus grand espoir résidait dans la prestation de programmes intensifs dans un milieu de vie structuré, séparé de la population carcérale générale.

Le SCC avait alors élaboré une stratégie en matière de santé mentale pour les femmes, et la plupart des délinquantes avaient été transférées dans des établissements distincts, dont le Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci, en Saskatchewan, à l'intention des femmes autochtones incarcérées. Il n'y avait pas encore d'unités de traitement spécialisées.

Après la fermeture en 2000 de la Prison des femmes de Kingston, le SCC a fait un pas important en créant les unités d'habitation en milieu de vie structuré dans chaque région pour les délinquantes à sécurité minimale et moyenne souffrant de troubles de santé mentale et les unités de garde en milieu fermé pour les délinquantes à sécurité maximale.

Comme ces établissements ont été créés dans les diverses régions, il est plus facile pour les délinquantes de maintenir des liens avec leur collectivité et leur famille, en particulier avec leurs enfants. Les deux tiers des femmes incarcérées ont des enfants de moins de cinq ans.

« Le lien entre les détenues sous responsabilité fédérale et leurs enfants est important, affirme le D^r Allister Webster, psychologue de l'Établissement Nova pour femmes à Truro en Nouvelle-Écosse. Le fait d'offrir aux délinquantes la possibilité de maintenir un lien avec leur famille et leurs enfants peut aider dans une grande mesure une délinquante à atteindre ses objectifs en matière de réinsertion sociale. Le SCC a construit les établissements pour femmes le plus près possible de leurs collectivités d'origine pour qu'elles puissent maintenir des relations familiales précieuses et réussir leur réinsertion sociale », ajoute-t-il.

Unité d'habitation en milieu de vie structuré (UHMVS)

Les UHMVS, qui comptent 40 places (8 par région), offrent un soutien jour et nuit. Elles comprennent des unités résidentielles, des locaux réservés aux programmes, deux salles de retrait thérapeutique et des bureaux pour le personnel. Tous les membres du personnel ont reçu une formation spécialisée concernant les problèmes de santé mentale et font partie d'une équipe multidisciplinaire, qui présente aussi des programmes correctionnels et de réadaptation. Le placement dans une UHMVS est facultatif, et les délinquantes n'y sont admises qu'après une évaluation approfondie effectuée par une équipe de gestion des cas. Dans l'ensemble, les UHMVS offrent un environnement thérapeutique comprenant les principes et les pratiques de la thérapie comportementale dialectique et de la réadaptation psychosociale.

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

« La TCD est un traitement psychologique destiné à aider les femmes à acquérir des compétences et à établir des stratégies en matière d'adaptation

visant des comportements problématiques qui les empêchent de s'adapter efficacement à leur environnement et de croire que "leur vie vaut la peine d'être vécue". La notion de "vie valant la peine d'être vécue" est fondée sur le point de vue des femmes, affirme le D^r Allister Webster, qui agit également comme conseiller clinique national en matière de TCD. « Cela ne concerne pas ce que vous ou moi pourrions considérer comme approprié.

« Une femme a la possibilité de le définir pour elle-même. C'est important, selon le D^r Allister Webster. Pour bien des femmes, leurs besoins portent sur l'habilitation personnelle, la capacité de décider de l'orientation de leur vie et le développement d'un sentiment d'appartenance.

« Adaptée aux réalités de la vie en milieu carcéral, la TCD est une combinaison de psychothérapie individuelle et de séances de formation sur les habiletés sociales en groupe, appuyées par un encadrement et des consultations en équipe. L'objectif est d'aider les femmes à élaborer et à utiliser des stratégies d'adaptation. À mesure qu'elles intègrent des compétences et des stratégies en matière d'adaptation, elles sont moins susceptibles de recourir à des stratégies d'adaptation mésadaptées qui comprennent parfois des façons de penser, des sentiments et des comportements autodestructeurs. »

La TCD convient bien aux femmes ayant des niveaux élevés de détresse, un comportement suicidaire, une piètre image de soi et une distorsion cognitive. Grâce à une série de modules d'acquisition de compétences, les femmes apprennent à utiliser un mode de thérapie basée sur la conscience (semblable à la notion bouddhiste consistant à vivre pleinement le moment présent), à tolérer davantage les événements qui causent de la détresse, à maîtriser leurs émotions et à améliorer leurs habiletés en communications interpersonnelles – par exemple, apprendre à demander ce dont elles ont besoin et à dire « non » avec tact.

Réadaptation psychosociale (RPS)

La RPS s'adresse aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave et chronique. Elle aide les femmes à définir leurs besoins, à tirer parti de leurs points forts et à acquérir les compétences de base nécessaires à la vie de tous les jours pour pouvoir de nouveau fonctionner dans la société.

Traitement intensif

Dans le cas des femmes qui ont besoin d'un traitement psychiatrique intensif, il y a deux établissements, un en Saskatchewan, et l'autre

au Québec. L'Unité de soins de santé mentale pour femmes du Centre psychiatrique régional à Saskatoon offre des soins psychiatriques d'urgence et permanents ainsi que d'autres traitements spécialisés, dont la TCD. Des programmes pour Autochtones sont également offerts, et il y a une suerie sur les lieux.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal fournit une gamme semblable de services aux femmes qui ont besoin d'un traitement psychiatrique à l'hôpital. Cet établissement bilingue, qui ne fait pas partie du SCC, offre un certain nombre de places dans le cadre d'un contrat.

Dans les deux cas, un processus d'aiguillage rigoureux est en place pour permettre de comprendre pleinement les besoins des femmes et d'examiner en détail toutes les autres options.

Soins de première ligne et soins transitoires

Dans chaque établissement ordinaire, les détenues qui ont besoin de services psychologiques peuvent demander de bénéficier des services personnalisés d'un psychologue ou elles peuvent avoir accès aux services dispensés à un groupe. Les périodes d'attente peuvent varier, affirme le D^r Allister Webster, selon la disponibilité du traitement, « mais nous essayons de nous conformer aux normes de la société ». Les soins de première ligne peuvent comprendre la maîtrise de la colère et du stress et la façon de faire face aux troubles de l'alimentation, à la toxicomanie, aux questions d'adaptation, à l'estime de soi et à d'autres troubles liés à la santé mentale. Un soutien psychologique est offert aux femmes qui retournent dans la population carcérale générale après un séjour dans les établissements de traitement pour assurer la transition et aider à la prévention des rechutes. Les femmes peuvent également avoir accès aux Aînés autochtones et aux pratiques de guérison traditionnelles.

Les soins transitoires comportent la planification de la libération quelques mois avant la date de mise en liberté et la mise en rapport des femmes avec les organismes de la collectivité et d'autres soutiens. Selon la nouvelle Initiative sur la santé mentale dans la collectivité, des membres du personnel infirmier en psychiatrie et les travailleurs sociaux de chaque bureau de libération conditionnelle de district les aident déjà à avoir accès aux services dont elles ont besoin pour réussir à réintégrer leurs collectivités d'origine en toute sécurité. ♦



RÉPONDRE AUX BESOINS
EN SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS

Plus qu'une balade en voiture

De juillet 2006 à juillet 2007, Veronica Felizardo et David Champagne ont accompagné dans la collectivité 28 délinquants du CRTO.

Le service d'accompagnement

Une journée typique d'un délinquant mis en liberté à l'expiration du mandat

- 7 h 00** Se rendre au parc de stationnement du Pénitencier de Kingston, où se trouve le Centre régional de traitement de l'Ontario (CRTO).
- 7 h 05** Passer avec la fourgonnette du CRT par la barrière sud; informer l'agent de correction à la barrière qu'un délinquant est mis en liberté aujourd'hui.
- 7 h 10** Se rendre au poste de garde principal; obtenir l'autorisation qui permettra la mise en liberté du délinquant.
- 7 h 15** Se diriger vers la rangée du délinquant; obtenir les médicaments à prendre après sa sortie auprès du personnel infirmier et confirmer qu'il a pris ses médicaments pour l'avant-midi; aller chercher le délinquant ainsi que ses effets gardés en cellule.
- 7 h 35** Escorter le délinquant vers le secteur d'admission et de libération pour obtenir ses vêtements de sortie, ses effets personnels (y compris sa carte d'identité) et l'identification du SCC.
- 7 h 50** Accompagner le délinquant au Service des finances pour retirer ses fonds gardés par l'établissement.
- 8 h 00** Se diriger vers la barrière sud; remettre les documents juridiques à un agent de correction pour permettre la mise en liberté du délinquant.

*La barrière s'ouvre. Le lac Ontario apparaît.
L'accompagnement dans la collectivité commence ...*

Comme la maladie mentale est encore trop souvent perçue comme une maladie honteuse, les délinquants souffrant d'un problème de santé mentale font face à des obstacles hors de l'ordinaire au moment de leur mise en liberté. Il s'agit des premières étapes à franchir qui sont déjà assez difficiles, comme trouver un logement, avoir accès aux services de santé, demander des prestations d'aide sociale, prendre un grand nombre de rendez-vous ou participer à de nombreuses entrevues, ce qui peut sembler une tâche insurmontable aux yeux du délinquant.

PAR **David Champagne**, titulaire d'une maîtrise en service social, travailleur social autorisé, et **Veronica Felizardo**, titulaire d'une maîtrise en service social, travailleuse sociale autorisée et PhD c.

des services essentiels (par exemple, le logement, les finances, les soins de santé et le counseling).

Les services cliniques de planification de la libération

L'accompagnement est un élément clé du processus clinique de planification de la libération. Selon le principe de la « continuité des soins », l'objectif consiste à élaborer un plan individualisé global pour définir les besoins transitoires et les besoins à long terme des délinquants souffrant d'un trouble de santé mentale qui sont mis en liberté. Les travailleurs sociaux du CRTO assument la responsabilité principale de l'élaboration des plans de mise en liberté en consultant les délinquants, les systèmes de soutien familiaux et communautaires ainsi que des équipes multidisciplinaires, y compris des représentants des services de santé et de libération conditionnelle.

L'accompagnement

L'accompagnement est un service clinique bénévole auquel le délinquant doit donner son consentement éclairé. Malgré la perception courante, l'accompagnement n'est pas un « service de taxis » et est beaucoup plus qu'une

Jugés particulièrement vulnérables à cause de leur maladie, ces délinquants ont généralement une durée d'attention courte, une faible tolérance au changement, une déficience cognitive et une piètre compréhension de la façon de naviguer entre les écueils du système et d'en tirer parti – ce qui peut mettre en péril leur retour en toute sécurité dans la société.

Conscient de la nécessité de défendre les intérêts des délinquants et de protéger la sécurité du public, le personnel clinique du CRTO offre un service d'accompagnement depuis la fin des années 80, dont les travailleurs sociaux cliniciens se font actuellement les champions. Essentiellement, deux membres du personnel, dont au moins un professionnel de la santé, accompagnent les délinquants mis en liberté (c.-à-d. en liberté sous condition ou à l'expiration du mandat) pendant leur premier jour critique de liberté. Ils s'assurent que les délinquants se présentent aux rendez-vous, qu'ils remplissent les documents et qu'ils s'occupent

Une journée typique (suite)

- 8 h 15** Arrêter au café-restaurant à la sortie de Kingston. (Il s'agit de la première rencontre du délinquant avec le public après sa mise en liberté.)
- 11 h 00** Se rendre au tribunal pour répondre à une demande présentée par les services de police communautaires en vertu de l'article 810.
- 11 h 40** Le rendez-vous chez le médecin prévu pour 11 h 30 a dû être annulé en raison du retard au tribunal.
- 11 h 45** Aider le délinquant à remplacer son certificat de naissance au Bureau du registraire général; la longue file d'attente empêche de le faire.
- 12 h 00** Passer prendre une lettre chez un organisme communautaire pour permettre de remplacer la carte d'assurance-maladie du délinquant sans un certificat de naissance.
- 12 h 15** Aider le délinquant à remplacer sa carte d'assurance-maladie au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- 12 h 45** Arrêter chez McDonald's pour passer prendre des mets à emporter et se diriger vers le lieu du rendez-vous suivant.
- 13 h 00** Accompagner le délinquant à un rendez-vous pour un logement de courte durée avec les responsables du Programme sur la santé mentale et la justice; passer une entrevue de premier contact pour un logement; visiter le nouvel appartement du délinquant;

obtenir un document pour confirmer l'adresse nécessaire pour le rendez-vous avec le représentant du programme Ontario au travail (bien-être social).

- 13 h 30** Arriver juste à temps pour le rendez-vous avec le représentant du programme Ontario au travail; l'entrevue commence en retard; participer à une longue entrevue de premier contact; obtenir des médicaments du Régime de médicaments gratuits, des billets d'autobus et une aide financière d'urgence.
- 16 h 00** Retourner au nouvel appartement du délinquant, où il y a maintenant des aliments, des couvertures, des draps et d'autres articles essentiels.
- 17 h 00** Passer du temps avec le délinquant pour l'aider à préparer un calendrier pour ses nombreux rendez-vous de la semaine suivante; examiner les documents d'Ontario au travail, son calendrier de prise de médicaments et les conditions imposées par la police.
- 18 h 15** Souhaiter au délinquant de réussir sa réinsertion sociale; examiner le plan de prévention de la rechute avec celui-ci; encourager les contacts occasionnels pour la présentation de rapports sur les progrès accomplis. Le délinquant dit qu'il est très reconnaissant de l'aide reçue et que pendant toute sa vie, personne ne l'a jamais aidé de cette façon. Il est particulièrement reconnaissant de l'accompagnement dont il a bénéficié le jour de sa mise en liberté.

au Centre régional de traitement de l'Ontario

« balade en voiture ». Il ne faut pas le confondre avec les cas où un délinquant peut avoir besoin d'une escorte de sécurité, et ce n'est pas non plus la seule possibilité d'apporter une aide au moment de la mise en liberté. À l'occasion, un membre de la famille ou un représentant d'un organisme communautaire peut prendre des dispositions pour passer prendre le délinquant à l'établissement et l'accompagner le jour de sa mise en liberté. Ces cas sont rares, toutefois, car souvent ces délinquants ne bénéficient pas du soutien de leur famille ou de la collectivité. De plus, les délinquants ont souvent besoin de plus de temps et d'attention le jour de leur mise en liberté que les membres de leur réseau de soutien ne veulent ou ne peuvent leur consacrer.

Des plans d'accompagnement sont élaborés de concert avec les services de libération conditionnelle des établissements et de la collectivité pour qu'ils s'harmonisent avec la stratégie communautaire et les conditions de mise en liberté établies. La consultation des collègues des services de soins de santé, y compris les travailleurs sociaux, le personnel infirmier, les psychiatres, les psychologues et les ergothérapeutes, permet de définir et de prendre en considération dans le plan les besoins particuliers du délinquant en matière de réinsertion sociale.

Il y a de nombreuses variables qui influent sur le processus clinique de planification de la libération. Il faut évaluer attentivement et examiner régulièrement les facteurs intrinsèques, comme

la motivation et la coopération du délinquant et les symptômes de son trouble. De plus, il faut surveiller les facteurs extrinsèques, comme le soutien de la famille et de la collectivité, les conditions de la mise en liberté et la disponibilité des ressources, ce qui permet d'apporter des modifications au besoin.

Le jour de la mise en liberté

En route vers la destination de mise en liberté du délinquant, les personnes qui accompagnent celui-ci ont la possibilité de l'entretenir de ses besoins prioritaires et de l'encourager à appliquer son plan de prévention de la rechute. Pendant cette période, les délinquants sont généralement plus disposés à parler et plus réceptifs à une intervention. Le temps passé ensemble permet aussi de regarder les délinquants interagir avec le public et de leur fournir une rétroaction sur leurs compétences en relations humaines. Dans le cas des délinquants qui ont purgé une longue peine ou qui ont traversé une période difficile en milieu carcéral, c'est souvent une étape de transition importante pour se défaire de leur étiquette de détenu.

Le personnel qui accompagne le délinquant doit rester souple, professionnel et compatissant lorsqu'il fait face à des situations imprévues et que le plan de libération doit être modifié. Ces situations, qui perturbent souvent le délinquant, peuvent surgir avant la mise en liberté (par exemple, des documents incomplets, des effets

personnels manquants, des complications avec les médicaments à prendre après la sortie) ou pendant la journée sous forme de congestion de la circulation, de retards judiciaires, de modification de dernière minute aux rendez-vous pris au préalable ou de refus de services.

Le fait d'avoir un professionnel à leur côté pour les aider à se retrouver dans les méandres du système permet aux délinquants d'avoir accès aux services essentiels au cours de leurs premiers rendez-vous cruciaux dans la collectivité, qui concernent souvent le logement, les services financiers, le remplacement des pièces d'identité et le suivi des soins de santé. Dans le cas de la mise en liberté sous condition, il faut en plus aider le délinquant à se conformer à l'obligation prévue par la loi de se présenter aux services de libération conditionnelle dans la collectivité et, s'il y a lieu, à remplir un rapport de police initial le jour de sa mise en liberté.

Avant tout, l'accompagnement permet le déplacement en toute sécurité et au moment opportun des délinquants ayant des troubles de santé mentale de l'établissement à la collectivité où ils essayeront de recommencer à zéro. Pour ceux qui sont déterminés à apporter des changements importants dans leur vie, l'accompagnement qui fait partie du processus clinique de planification de la libération, est un moyen inestimable de les habiliter à devenir des citoyens responsables et respectueux des lois. ♦

Un programme de visites aux délinquants souffrant de troubles de santé mentale

Le pouvoir de guérison de l'amitié

RÉPONDRE AUX BESOINS
EN SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS

« J'étais en prison et vous êtes venus à moi. »
Ces simples mots tirés de l'Évangile selon
saint Matthieu ont amené Helmut Isaac
à se rapprocher de ceux que la société a mis
à l'écart.

Travailleur agricole dans une ferme du nord de la Saskatchewan, pendant les années 1980, M. Helmut Isaac a commencé à rendre visite à des détenus du Pénitencier de Prince Albert. À la suite d'un accident qui l'avait rendu inapte à tout travail agricole, M. Isaac, accompagné de sa femme, déménagea à Saskatoon, où il devint coordonnateur de *Person to Person* (de personne à personne), un programme interconfessionnel de visites aux prisonniers qui s'adresse surtout aux délinquants de sexe masculin souffrant de troubles de santé mentale et incarcérés au Centre psychiatrique régional (CPR) du SCC.

« Nous ne sommes pas ici pour régler des problèmes, insiste Helmut. Nous sommes ici pour offrir de l'amitié. Bon nombre de ces gars sont passés par le réseau des familles d'accueil et n'ont pas de véritables liens familiaux. D'autres ont été abandonnés par leur famille à cause des actes criminels qu'ils ont commis. Nous allons voir des gens qui, autrement, n'auraient aucune visite. »

Ce qu'offre l'équipe de *Person to Person*, composée de 35 membres bénévoles, se situe sur le plan de la camaraderie. Il peut s'agir de discuter, d'écouter, de jouer aux cartes ou simplement de passer du temps ensemble; mais surtout, il s'agit de communiquer un sentiment de respect et d'acceptation à des hommes seuls et isolés.

En tant que coordonnateur, Helmut Isaac apparie les bénévoles avec des détenus qui ont demandé à s'inscrire au programme et qui ont été acceptés à la suite d'une évaluation du risque favorable menée par le personnel du CPR. « On ne laisse pas des gars en crise aiguë se présenter à l'aire des visites, affirme-t-il. S'ils ne sont pas stabilisés par leurs médicaments, ou s'ils causent des problèmes dans leurs unités, ils ne sont pas autorisés à participer au programme. »

Des avantages pour tous

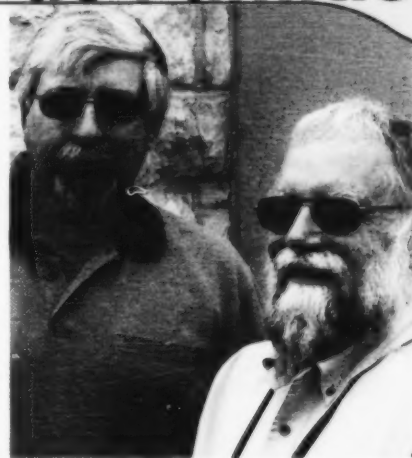
On s'attend à ce que les bénévoles entretiennent des relations à long terme avec les délinquants et qu'ils les aident à préparer leur retour éventuel dans la société. D'après M. Isaac, cela fonctionne à cause de la profondeur de la relation et de la confiance qui se développe au cours des années.

Eric Olfert fait du bénévolat auprès du programme *Person to Person* depuis près de 10 ans. Un des avantages les plus marquants du programme, à son avis, c'est qu'on aide des hommes à regagner l'estime de soi dont ils auront besoin pour partir du bon pied quand ils retourneront dans la collectivité.

« Il y a également des avantages sur le plan de la sécurité, ajoute-t-il. Un des gars que je rencontre m'a dit un jour : " J'ai confiance en toi. Tes visites sont importantes pour moi. Et je me rends compte aussi de plus en plus qu'il est important pour moi d'apprendre à ne pas récidiver quand je sortirai d'ici, parce que ça risquerait de mettre fin à notre amitié. " »

Pour Eric Olfert, sa récompense est qu'il rencontre ainsi des gens réellement intéressants. « Je trouve que le contact avec ces personnes constitue une expérience fascinante et significative. Parfois, nous avons des conversations d'importance. D'autres fois, nous parlons seulement de ce qui s'est passé pendant la journée, et il faut y aller en douceur pour les amener à penser un peu plus en profondeur. Mais, nous avons beaucoup de rétroaction des gars que nous visitons. Le seul fait d'être traités comme des êtres humains de valeur représente un stimulant puissant pour eux », affirme-t-il.

Dans ses contacts avec des délinquants sexuels, la démarche exempte de jugement de M. Olfert réussit souvent à faire tomber des barrières. Il se souvient d'un détenu auquel il rendait visite depuis trois mois. Un jour, il reçoit une note disant : « Je suppose que vous vous demandez pourquoi je suis en prison? Eh bien, j'ai commis des abus sexuels sur de jeunes enfants. Si vous ne voulez plus jamais me revoir, je comprendrai. » M. Olfert répondit par écrit au délinquant en lui disant qu'il



Helmut Isaac (à gauche) est le coordonnateur du programme *Person to Person*, un programme interconfessionnel de visite aux prisonniers; Eric Olfert, lui, est bénévole au programme *Person to Person* depuis près de 10 ans.

souhaitait continuer leurs rencontres. « À partir de là, dit-il, nos conversations se sont situées à un degré plus élevé d'honnêteté et de transparence, et ont pris une toute autre tournure. »

Helmut Isaac est lui aussi d'avis que la présence de bénévoles est très utile au CPR. « Quelquefois, nous fonctionnons comme des éponges. Je me rappelle qu'un des aumôniers a dit un jour que les bénévoles ne réalisaient pas à quel point leur présence allégeait la tension à l'intérieur de l'établissement. Les patients n'ont pas souvent la chance de parler à quelqu'un qui ne fait pas partie du système. »

Questions de sécurité

Par ailleurs, ce n'est pas parce que ces bénévoles ne font pas partie du système correctionnel qu'il n'existe plus de frontières. Les bénévoles apprennent vite à reconnaître quand des délinquants essaient de les manipuler ou d'outrepasser les limites. Cela devient plus facile à mesure que la relation se développe et que la confiance mutuelle s'installe. Tous les bénévoles potentiels sont tenus de suivre une formation fournie par le CPR ainsi qu'une session d'orientation pour mieux comprendre le programme *Person to Person* avant de

commencer à rencontrer des délinquants.

Dès le début, les délinquants sont prévenus que, même si les conversations sont confidentielles, toute menace d'automutilation ou de blessures faites à d'autres personnes, ou toute tentative ou plan d'évasion seront immédiatement signalés.

Quand Eric Olfert a commencé à rencontrer des délinquants en prison, il a connu la toute nouvelle expérience d'entendre les grandes portes claquer derrière lui, et de savoir qu'il se trouvait « en dedans ». Mais, en fait, il n'a guère eu l'impression d'être en danger. Quand vous commencez à suivre des patients après leur sortie et à avoir des relations avec eux dans la collectivité, la sensation de danger devient un peu plus réelle. Un des hommes avec lesquels il s'est lié d'amitié se trouve maintenant dans la collectivité. « Nous avons confiance l'un dans l'autre, dit-il, mais il souffre de troubles de santé mentale et je m'assure toujours de savoir comment il va. »

Retour à la collectivité

Bien que le programme *Person to Person* ait commencé comme un programme de visites aux prisonniers, l'élément communautaire s'est constitué compte tenu que les patients qui quittaient le CPR n'avaient ni famille, ni amis, ni soutien dans la collectivité.

Messieurs Olfert et Isaac participent tous les deux au groupe local des cercles de soutien et de responsabilité; ils aident les délinquants sexuels mis en liberté à continuer de prendre leurs médicaments régulièrement, à se trouver une place dans la collectivité et à éviter la récurrence. Pour assurer la continuité, Helmut Isaac essaie de faire en sorte que le bénévole qui visitait un délinquant en prison fasse également partie de son cercle de soutien.

Les bénévoles se chargent également de conduire les délinquants à leurs rendez-vous pour des services en santé mentale ou de les accompagner à des rencontres de soutien comme celles des Alcooliques Anonymes ou des Narcotiques Anonymes et de les aider à se servir des ressources communautaires.

Le programme *Person to Person* vise à créer un sens de la collectivité chez des délinquants qui n'en ont jamais eu, en constituant un groupe de personnes qui s'intéressent à eux quel que soit leur état de santé mentale ou quoi qu'ils aient fait, et en les aidant à commencer une nouvelle vie. ♦

Pour obtenir plus d'information sur le programme des bénévoles au SCC, consulter le site http://www.csc-scc.gc.ca/text/portals/volunteers/index_f.shtml



REPONDRE AUX BESOINS
DE SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS

Tout prend son sens en temps voulu

Quand elle a commencé sa carrière de prêtre de la religion anglicane, la révérende Helen Tervo n'avait jamais envisagé de travailler en milieu carcéral. À un moment où elle n'avait pas de travail et où elle cherchait une nouvelle congrégation, elle a appris qu'il y avait un poste à pourvoir au SCC, dans la région des Prairies. « Deux semaines après mon entrée en fonction dans l'établissement, dit-elle, j'ai su que c'était là ma place. »

Elle se rappelle la première journée où elle s'est retrouvée livrée à elle-même dans l'établissement. Un jeune détenu s'est présenté dans son bureau; il voulait seulement parler. Il lui a dit : « Quelque part dans la Bible, il est question de ce fils qui a pris tout l'argent qui lui revenait, puis est parti et a fini par tout le gaspiller. »

« Je lui ai dit que c'était l'histoire du fils prodigue et lui ai demandé s'il voulait que je le lui lise. Quand j'ai eu fini, il a déclaré : "C'est exactement mon histoire..." À ce moment-là, j'ai su que c'était le signal que Dieu me donnait pour me faire comprendre que c'était bien là ma place. »

Affectés à l'Établissement Pacifique / Centre régional de traitement à Abbotsford (Colombie-Britannique), la révérende Helen Tervo ainsi que

le père Joe Ostopowich, un aumônier catholique, font partie d'une équipe pluridisciplinaire composée d'agents des soins infirmiers en psychiatrie, de psychologues, de psychothérapeutes et d'autres professionnels des soins de santé. Cette équipe fonctionne dans un établissement de près de 400 places, qui comprend une unité de réception et d'évaluation, un centre hospitalier médical, un centre hospitalier psychiatrique et une unité de réadaptation.

À titre d'aumôniers en établissement à temps plein, la révérende Helen Tervo et son collègue catholique font face au défi considérable que constitue la diversité de la population dont ils s'occupent. « Nous avons des gens appartenant à tous les principaux groupes ethniques et

confessionnels. Nous devons donc comprendre les éléments culturels de base de toutes les personnes dont nous nous occupons et travailler à partir de là », nous dit la révérende.

Les membres des autres groupes confessionnels reçoivent la visite d'Aînés autochtones et d'aumôniers musulmans, sikhs, juifs, bouddhistes et wiccan.

Une journée dans l'établissement

Pour la révérende Helen Tervo, il n'y a pas deux journées semblables. Après la réunion de l'équipe, elle passe généralement la matinée là où se trouvent les délinquants, soit au centre hospitalier, soit à l'unité de réadaptation, puisqu'un bon nombre d'entre eux ne peuvent quitter leur unité.

« Si quelqu'un souhaite parler, je m'arrête et je lui parle. Il existe beaucoup de sujets de conversation. La discussion s'engage spontanément, bien souvent sur une question comme : "Pourquoi Dieu m'a-t-il laissé commettre une telle action? et où trouverais-je le pardon?" »

L'après-midi, elle fait du counseling, planifie le service hebdomadaire à la chapelle, rencontre des bénévoles, agit comme intermédiaire entre les hommes et assure la liaison avec les familles, escorte des délinquants en permission de sortie et voit aux besoins spirituels des membres du personnel qui à l'occasion éprouvent des difficultés.

« Qu'une personne ait l'esprit religieux ou non, le plus important, c'est que la fonction des aumôniers en est une de relations interpersonnelles. Les gens qui sont atteints de troubles de santé mentale ne sont pas différents des autres personnes pour ce qui est d'établir des relations ou de trouver un sens à leur vie », affirme la révérende Helen Tervo.

Réaliser un équilibre

Bien qu'elle se considère comme partie intégrante de l'équipe de traitement, la révérende Helen Tervo essaie de réaliser un équilibre entre les exigences du système correctionnel et son rôle de conseillère spirituelle.

« En tant qu'aumôniers, nous travaillons dans le système correctionnel, mais nous n'en faisons pas partie, insiste-t-elle. Il est facile de parler le même langage que les gens qui nous entourent et de se laisser aspirer par le système, mais j'ai dû apprendre que je suis là pour répondre aux besoins spirituels des délinquants. Telle est ma fonction au sein de l'équipe – susciter la réflexion sur les questions de pardon, de compassion et de signification. »

Il peut être difficile de maintenir cet équilibre quand les délinquants parlent en toute confidentialité à la révérende Helen Tervo. Bien souvent, elle doit prendre une décision concernant la communication de l'information, particulièrement quand il s'agit de renseignements relatifs à la santé ou à la sécurité.

« Le respect de la confidentialité est important, mais pour moi, confidentialité ne veut pas dire secret, dit-elle, et je l'ai expliqué clairement aux délinquants. » Par exemple, si un délinquant lui parle d'un épisode d'abus sexuel passé, sa première réaction est de lui demander s'il a déjà cherché à obtenir de l'aide professionnelle et, dans la négative, de le mettre en rapport avec les services compétents en la matière.

« C'est la même chose pour le suicide, dit-elle. Toutes les fois que quelqu'un me parle de suicide, je lui demande à qui, à son avis, nous pourrions en parler. Je n'aime pas que les hommes aient l'impression que je suis la seule personne à qui ils peuvent confier leurs problèmes. »

Le travail auprès des familles

Comme le fait remarquer la révérende Helen Tervo, les détenus atteints de troubles de santé mentale ont souvent perdu tout contact avec leur famille, surtout lorsque les membres de celle-ci ont été victimes de l'acte criminel perpétré ou tout simplement parce qu'ils sont épuisés par des années de perturbation affective.

Elle doit avancer avec précaution et éviter d'entamer le processus de réconciliation avant que toutes les parties soient prêtes. « On souhaite bâtir une relation solide. Pas forcément vivre un de ces moments comme on en voit dans les émissions d'Oprah Winfrey, mais plutôt un moment d'échange où chacun y trouve son compte », indique-t-elle.

« Ce qui est surprenant, c'est que certaines familles gardent le contact, ajoute-t-elle. D'une certaine façon, quand une personne atteinte de troubles mentaux est en prison, la famille peut avoir un répit, sachant que cette personne est en sécurité. Les membres de la famille n'ont pas à se faire du souci pour leur frère, leur fils ou leur père qui vit dans la rue, quelque part dans le centre-ville de Vancouver. »

Les frustrations

Une des pires frustrations auxquelles fait face la révérende Helen Tervo se présente quand elle travaille auprès d'un détenu pendant plusieurs

mois, qu'elle le voit faire des progrès et tout d'un coup, retomber dans ses comportements déviants familiaux.

« On peut exercer une influence directe sur la vie de quelqu'un, mais cette influence peut disparaître tout aussi soudainement, comme quand la personne décide de ne plus prendre ses médicaments, affirme-t-elle. Les troubles mentaux ne sont pas quelque chose dont on peut se débarrasser facilement. Ce n'est pas parce qu'une personne voit clair à un moment donné que ce sera toujours le cas, six mois plus tard. Une des frustrations inhérentes au travail spirituel des aumôniers en milieu carcéral découle du fait que nous voulons toujours évaluer les résultats de notre action. Alors que nous devons nous en abstenir et plutôt prendre conscience que l'influence que nous avons sur une personne ne sera pas forcément apparente sur-le-champ. »

La gratification

Pour la révérende Helen Tervo, tout revient à une question de foi. Il faut avoir confiance que des vies brisées peuvent être reconstruites, et qu'en faisant preuve de gentillesse et de compassion à l'égard de ceux qui s'y attendent le moins, on peut faire une grande différence, même si les résultats ne sautent pas aux yeux.

« Nombreux sont les hommes qui, ici dans mon bureau, me parlent de l'occasion où un agent de correction leur a dit quelque chose d'encourageant, il y a 20 ans; ou d'un autre qui leur a donné un répit. Ils s'en rappellent encore. Nous devons donc avoir confiance que le bien que nous faisons n'est pas inutile, que certaines personnes sont capables de changer de vie et de mener une existence enrichissante une fois libérées. Mais, cela ne se produit pas tous les jours, ajoute-elle. Il n'y a pas de plans d'envergure, seulement des moments privilégiés. »

Elle fait remarquer que la fonction d'aumônier diffère considérablement des services pastoraux habituels. « Les gens à qui nous avons affaire traversent des moments très sombres et nous devons leur rappeler qu'ils valent plus que les horribles actions qu'ils ont commises ou qui ont été commises à leur égard, qu'ils valent plus que leur trouble de santé mentale. Alors, ils peuvent commencer à se percevoir tels que Dieu les voit et reprendre espoir, ajoute-t-elle. Et, quand je suis associée à ces moments d'espoir, je sens que tout cela en valait la peine. » ♦

La surveillance, dans la collectivité,
des délinquants souffrant de
troubles de santé mentale

Vers une réinsertion sociale en toute sécurité

RÉPONDRE AUX BESOINS
DE SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS

Au cours de la dernière décennie, le Service correctionnel du Canada (SCC) a connu une hausse importante du nombre de délinquants admis dans le système correctionnel fédéral qui souffrent de troubles de santé mentale. Depuis 1997, le nombre de délinquants de sexe masculin présentant des troubles de santé mentale à l'admission est passé de 7 % à 12 %. De plus, 25 % des femmes incarcérées actuellement présentaient ce type de problèmes à l'admission.

PAR **G. Chartier**, agent de communication, Secteur des communications et de l'engagement des citoyens

Pour faire face efficacement à ce défi et pour garantir la sécurité des collectivités de tout le Canada, le personnel des bureaux de libération conditionnelle et des centres correctionnels communautaires (CCC) s'emploie à établir des partenariats au niveau local tandis qu'au niveau national, le SCC prend des mesures pour fournir le nouveau personnel et la formation nécessaires.

Le résultat sera une initiative à l'échelle du pays ayant des effets positifs au niveau local.

Hausse du nombre de délinquants souffrant de troubles de santé mentale

L'expression « délinquants souffrant de troubles de santé mentale » englobe les personnes atteintes non seulement de maladies mentales comme la maladie bipolaire ou la schizophrénie, mais aussi présentant des problèmes comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, la maladie d'Alzheimer, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles de la personnalité, les problèmes résultant des blessures à la tête et d'autres troubles qui peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement d'une personne. Ce groupe de délinquants est, parmi la population sous la garde du SCC, celle qui a connu la plus forte hausse au cours de la dernière décennie.

« Cette hausse pèse fortement sur le SCC qui doit assurer des services », affirme la D^{re} Andrea Moser, gestionnaire de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité à la Direction des services de santé du SCC. Psychologue de formation, la D^{re} Moser a été gestionnaire dans les Programmes de réinsertion sociale et les Services de santé à l'administration centrale ces dix dernières années. Elle a commencé sa carrière au Centre régional de traitement de l'Ontario, où elle dispensait des services psychologiques aux délinquants souffrant de troubles de santé mentale.

Aux termes de la loi, il nous incombe de dispenser des services de santé aux délinquants et de favoriser leur réinsertion sociale en toute sécurité. Nous

Ci-dessus : D^{re} Andrea Moser, gestionnaire de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité à la Direction des services de santé, administration centrale du SCC

devons nous occuper de leurs besoins en santé mentale, car cela contribue à leur réinsertion sociale. Dans plusieurs cas, leurs troubles de santé mentale expliquent la présence de ces personnes dans le système correctionnel », reconnaît la D^{re} Moser.

Des étapes vers la réinsertion dans la collectivité

Parmi les personnes qui s'occupent des délinquants souffrant de troubles de santé mentale, mentionnons l'agente de libération conditionnelle, Sue Bruff, du Bureau de libération conditionnelle de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador). Comme il n'y a pas de pénitencier fédéral dans cette province, M^{me} Bruff se déplace souvent vers les établissements du SCC situés dans la partie continentale de la région de l'Atlantique pour rencontrer des délinquants souffrant de troubles de santé mentale qui vont être mis en liberté.

M^{me} Bruff fait partie de l'équipe pluridisciplinaire de gestion des cas. Cette équipe réunit d'autres membres du personnel du SCC, notamment un agent de libération conditionnelle principal, un psychologue sous contrat, des infirmières en psychiatrie des Services ambulatoires ainsi qu'une équipe de professionnels de la santé mentale des Services communautaires Stella Burry (SBCS), une organisation communautaire locale bien présente dans les collectivités de Terre-Neuve-et-Labrador.

Ainsi nommés pour honorer une pionnière de l'enseignement et du service social de Terre-Neuve, les SBCS dispensent des services de logement, de counseling, d'éducation et de recherche d'emploi. Cet organisme est un partenaire essentiel pour la réinsertion sociale sans danger des délinquants souffrant de troubles de santé mentale, dans toutes les collectivités de la province.

L'un des services, assuré par des travailleurs de soutien, consiste à aider individuellement des délinquants à améliorer leurs aptitudes de base pour qu'ils soient capables de faire la cuisine, élaborer un budget, faire des



Gauche : Clara Rendell, directrice du Bureau de libération conditionnelle de St-John's et du CCC de Terre-Neuve, région de l'Atlantique

Droite : Sue Bruff, agente de libération conditionnelle au Bureau de libération conditionnelle de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

**RÉPONDRE AUX BESOINS
DE SANTÉ MENTALE
DES DÉLINQUANTS**

courses, gérer leur médication, se présenter à leurs rendez-vous et faire respecter leurs droits.

« Les SBCS maintiennent un appui à long terme pour ces délinquants libérés, même après qu'ils ont fini de purger leur peine, fait observer Sue Bruff. Une fois qu'ils bénéficient des réseaux de soutien en place, on remarque une baisse du nombre d'admissions en psychiatrie et en prison. »

Des partenaires communautaires comme les SBCS, l'hôpital psychiatrique Waterford et les services gouvernementaux de la province à St. John's ainsi que la Société John Howard, la Société Saint-Léonard, l'Armée du Salut et d'autres organismes communautaires de tout le Canada aident à répondre aux besoins en santé mentale des délinquants dans la collectivité.

« Le personnel de l'hôpital Waterford connaît le genre de travail que nous faisons et a intégré une stratégie de séjours à court terme dans sa planification générale. Nous savons que nous pouvons passer par leur système d'urgence et obtenir que des délinquants soient vus rapidement. Il est possible qu'un court séjour ou un ajustement de la médication soit tout ce dont certains délinquants aient besoin », précise Clara Rendell, directrice du Bureau de libération conditionnelle de St. John's et du CCC de Terre-Neuve.

L'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) finance de nouveaux postes dans tout le Canada

L'un des éléments principaux de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC), lancée en 2005, consiste en une amélioration de la planification de la mise en liberté pour les délinquants ayant des troubles de santé mentale qui sortent des établissements du SCC. Quatorze travailleurs sociaux cliniques (planificateurs de la remise en liberté) ont été engagés dans tout le pays pour dispenser des services de planification complets aux délinquants libérés des centres régionaux de traitement et des établissements réguliers pour hommes et pour femmes. De plus, 15 travailleurs sociaux cliniques et 15 infirmières en santé communautaire sont engagés pour dispenser des services de santé mentale aux délinquants en liberté surveillée qui ont des troubles de santé mentale. Ainsi, on aidera les délinquants à se mettre en rapport avec le soutien communautaire et on établira les bases des services dont ils auront besoin quand ils seront mis en liberté.

« Le travail de planification de la libération effectué par les travailleurs sociaux complets, sans la remplacer, la tâche de l'agent de libération conditionnelle, affirme la D^{re} Moser. Une planification de la libération bien pensée et bien exécutée constitue un facteur positif pour la réinsertion sociale. En même temps, nous devons nous efforcer de trouver les services disponibles dans la collectivité.

« Ceux qui travaillent aux postes de travailleur social clinique et d'infirmière ou d'infirmier en santé mentale en milieu communautaire travaillent directement auprès des délinquants souffrant de troubles de santé mentale qui sont mis en liberté, déclare la D^{re} Moser. Il y aura un dialogue entre les planificateurs de la mise en liberté, les établissements et des responsables de la collectivité où le délinquant sera libéré afin de favoriser une transition sans heurt. »

Selon Clara Rendell, c'est grâce à l'ISMC que le Bureau de libération conditionnelle de St-John's a pu engager une infirmière de santé mentale en milieu communautaire et un travailleur social à temps plein. Elle ajoute que l'ISMC assure le financement d'un contrat pour les services d'un psychiatre; le psychiatre reçoit en clinique une fois par mois.

Le bureau de libération conditionnelle de St. John's collabore avec la collectivité

Aussi appropriés et efficaces que puissent être les services dispensés aux délinquants souffrant de troubles de santé mentale pendant leur incarcération, ceux-ci se heurtent à des difficultés supplémentaires lorsqu'ils se réinsèrent dans la collectivité.

Madame Rendell, qui a commencé comme agente de libération conditionnelle à St. John's, a vu les efforts réalisés au cours des années pendant lesquelles elle a travaillé dans la collectivité auprès des délinquants souffrant de troubles de santé mentale.

« Nous avons commencé, il y huit ou neuf ans, par cerner un besoin particulier. »

Madame Rendell et ses collègues ont repéré une lacune dans les services offerts aux délinquants souffrant de troubles de santé mentale qui retournaient dans la collectivité. « Avant la détermination de leur peine, ces délinquants étaient suivis par plusieurs organismes – probablement cinq ou six – nous dit-elle.

« Il est également important, ajoute-t-elle, de reconnaître qu'un détenu ayant des troubles de santé mentale aura besoin de services après la fin de sa peine. Quand il sortira de prison, il serait bon qu'il ait déjà été en contact avec des sources de soutien dans la collectivité. »

Pour relever ce défi, le SCC a créé un partenariat avec des organismes locaux afin que le délinquant possède des éléments de soutien lorsqu'il est remis en liberté ou qu'il a fini de purger sa peine.

« Pour cela, il faut assurer une continuité qui commencerait quand le délinquant est encore en établissement », déclare M^{me} Rendell.

La formation – Un facteur important pour le personnel de première ligne

La formation est un élément important pour le personnel de première ligne du SCC qui travaille, avec les nouveaux spécialistes en santé communautaire, à la communication de renseignements et à la transmission de moyens efficaces pour s'occuper des délinquants souffrant de troubles de santé mentale.

À cette fin, le SCC a mis à l'essai un programme de formation de deux jours pour le personnel de première ligne dans la collectivité. Cette formation serait offerte sur une base régulière l'année prochaine.

« Nous espérons pouvoir donner une formation à un plus grand nombre d'employés, déclare la D^{re} Moser. Les choses iront mieux pour le personnel s'il comprend les questions de santé mentale et apprend à travailler efficacement avec des délinquants souffrant de troubles de santé mentale. »

Améliorer les capacités dans la collectivité

« Nous souhaitons que cette initiative de mise en place de nouveau personnel qui travaille dans la collectivité, poursuit la D^{re} Moser, améliore la capacité de créer des liens entre le SCC et les autres organismes qui dispensent des services en santé mentale dans la collectivité. »

« Ce type de relations avec la collectivité est réellement important quand on œuvre auprès d'une population qui a des besoins en santé mentale, nous indique M^{me} Rendell. C'est ainsi que se font les connexions.

« Comme nous tendons tous vers le même but, l'important c'est de travailler ensemble.

« On y arrive », répond-elle. ♦

LET'S TALK

AUGUST 2007 VOLUME 32, NO. 1

ADDRESSING MENTAL HEALTH NEEDS OF OFFENDERS



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

Canada

Contents

LET'S TALK

AUGUST 2007 VOLUME 32, NO 1

COVER



Illustration created by Gisele Richard and Doug Jackson from Accurate Design, to depict the complexity of the human mind and the ray of hope in unlocking its mysteries.

Over the last few years, CSC has witnessed an increase in the number of offenders with diagnosed mental disorders. As a result of this trend, CSC made it a priority to improve its capacity to provide a full-spectrum response to the broad and multidimensional mental health needs of offenders.

Publication mail agreement number no. 40063960
Return undeliverable Canadian addresses to:
Correctional Service of Canada
340 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1A 0P9

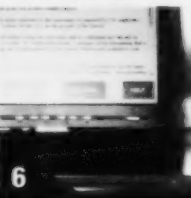
FEATURES



Commissioner's Editorial 3

CSC Launches a Comprehensive Mental Health Strategy 4

CSC to Launch Computerized Mental Health Screening 6



Ambulatory Services at the Ontario Regional Treatment Centre 8

Psychiatric Mental Health Nursing 9

Rehabilitation Services at the Ontario Regional Treatment Centre 10

Continuing to Create Choices 12



Beyond the Drive, Accompaniment Support 14

The Healing Power of Friendship 16

The Meaning Comes in Moments 17

Forging Steps Towards Safer Reintegration 19



LET'S TALK is published by the Communications and Citizen Engagement Sector of the Correctional Service of Canada.

Opinions expressed in the following articles do not necessarily reflect the views of the Commissioner.

**Assistant Commissioner,
Communications and Citizen
Engagement Sector**

Lisa Hardey

Editor-in-Chief

Daniela Rusu

Production

Martin Bélanger

Writers

Graham Chartier and Carole Robinson Oliver

Editors

Prosebusters and Pauline Joly

Proofreaders

Josée Deschambault, Caitlin Horrall and Julie Renaud

Inquiries

Josée Deschambault

Translation Services

Translation Bureau

Graphic Design

Accurate Design & Communication Inc.

Editorial Committee

Nadine Archambault

Marty Maltby

Cathy Barnes

Julie McGregor

Julie Fournier-Elrefaie

Shireen Benzvy Miller

Christina Guest

Sandra Molineux

Elien Henderson

Lucie Poliquin

Raymond Labelle

Mary Beth Pongrac

Jim Laplante

Bill Staubi

Ginette Leclerc

Lisa Watson

Suzanne Leclerc

Contributors

Kim Bennett, David Champagne, Tracey Davidson,
Dave Farnsworth, Veronica Felizardo, Jean Folsom,
Louise Kennedy, Carolyn Kirkup, Danny Offord,
Pat Onysko and Fergy Wilson

Articles may be reprinted in whole with the permission of and credit to the Correctional Service of Canada.

LET'S TALK welcomes letters to the editor, suggestions for articles and contributions from readers. Material submitted may be edited for style and length. Please include your email address and a daytime telephone number. Address all correspondence to:

LET'S TALK / ENTRE NOUS

Correctional Service of Canada
340 Laurier Avenue, West
Ottawa, Ontario K1A 0P9
Telephone: 613-995-5364
Telecopier: 613-947-1184
www.csc-scc.gc.ca

ISSN 0715-285X

© Correctional Service of Canada August 2007

Printed in Canada on recycled paper

COMMISSIONER'S EDITORIAL

Addressing Mental Health Needs of Offenders

The key theme of this *Let's Talk* edition is CSC's work, and our results, in dealing with offenders who have mental health problems. The stark reality is that within only a decade, the increase in this offender population has escalated: a dramatic increase of 71 percent. And what that means for our organization and partners is that 12 percent of federal male offenders, and one in four federal women offenders have mental disorders.

That's why one of CSC's key priorities is to improve our capacity to address this issue. We are taking decisive action to implement a comprehensive mental health strategy that you'll read more about in this publication. You'll also get a closer look at some new tools to screen offenders when they first come into our system, so we can develop correctional plans that better meet their needs.

Having the right CSC people in the right places is another key element to meeting the challenges of offenders with mental health problems, so we are moving to implement a new internal governance structure that is needed to support and continually improve the quality of health services provided to inmates. The new structure will also help ensure that policies are applied consistently and that standardized practices will provide greater integration of physical and mental health services.



There is a direct link between how well we respond to the needs of offenders with mental disorders and keeping Canadian communities safe. Our dedicated and professional staff, as well as our many partners in corrections, make a real difference in helping these individuals, and thus in contributing to the public safety interests of all Canadians.

I hope you enjoy this important issue of *Let's Talk*, which I know will also help you to see how strongly linked this priority is to our other business priorities of safe transition to the community, staff and offender safety in our institutions, and working to narrow the gap of re-offending between Aboriginal and non-Aboriginal offenders.

A handwritten signature in dark ink, reading "Keith Coulter".

Keith Coulter
Commissioner
Correctional Service of Canada

A Continuum of Care CSC Launches a Comprehensive Mental Health Strategy

ADDRESSING
MENTAL HEALTH
NEEDS OF OFFENDERS

What happens when the criminal justice system becomes, by default, the health care system? For many offenders with mental health disorders, this is what has been happening in Canada over the past 10 years, due in large part to gaps in community-based mental health services.

In 1997, seven percent of male offenders coming into the federal correctional system were diagnosed as having a mental health problem. By 2007, the proportion had jumped to one in eight—a 71 percent increase. A similar rate of increase has been seen for women offenders, at least 25 percent of whom are now diagnosed as having mental health problems at the time they're admitted to federal institutions.

"In our communities, we have significant mental health needs that are not being met," says Dr. Françoise Bouchard, CSC's Director General of Health Services. "The result is a population that cannot adjust to society. Often, they end up breaking the law and being sent to prison."

The Challenge

But Dr. Bouchard notes that, once incarcerated, many offenders with mental health problems fail to receive the treatment they need because the system is not equipped to cope with the sheer numbers.

"Nevertheless, we have a legal obligation to provide essential health services to a professional standard for all offenders under our jurisdiction," she emphasizes.

"The other important element is that most of these offenders are released back into the community once they serve their sentence. If their mental health problems have not been addressed, either in the institution or in the community, they are more likely to breach their release conditions and end up back in prison."

Support for Change

A way out of this dilemma came two years ago, spurred by testimony, including CSC submissions, at the Kirby Senate Committee on mental health. The Committee's report, which devoted a chapter to offenders with mental health problems, galvanized support for a wide-ranging, five-pronged mental health strategy and substantial funding.

Dr. Françoise Bouchard,
Director General of Health
Services, CSC



The strategy, developed by Health Services in consultation with the regions, proposes a continuum of mental health services, from the time offenders arrive at an institution, to their release into the community.

Intake Screening and Assessment

The first element of the mental health strategy will involve voluntary screening of all offenders when they arrive at a regional reception centre. At present, the centres don't have the means to administer a battery of psychological tests to all new inmates. But this will soon change with the introduction of a standardized approach to screening at intake. (See article on p. 6.)

"Often, some people, if not being identified at intake, end up later being placed in segregation or in the special handling unit because of their underlying mental health condition," explains Dr. Bouchard. "Now, with the computerized mental health screening tool, we will have a way of assessing everyone who comes in, and be able to intervene earlier, so that offenders do not suffer needlessly from their illness and are better able to pursue their correctional plan."

Increased safety for prison staff, volunteers and other inmates is another expected benefit, she adds.

Systematic computerized screening is also expected to yield more accurate data on overall mental health needs, helping CSC make system-wide programming decisions.

Primary Care

The second element of the strategy is primary, or basic, mental health care in each institution. In principle, all CSC institutions are supposed to have mental health teams comprised of psychologists, psychiatric nurses, social workers and other professionals, such as psychiatrists or occupational therapists.

"The reality," says Dr. Bouchard, "is that we don't have these teams functioning on a regular basis in all our institutions because the staff is overwhelmed with crisis management. And often, our psychologists are busy with risk assessments — managing the risk that offenders present as opposed to their mental health condition."

This, too, will change with the creation of full-fledged mental health teams in a number of maximum and medium-security institutions.

"We don't want a situation where the only way one can access mental health services is by being referred to a treatment centre," says Dr. Bouchard. "We want to have the services right in the institution, as close as possible to the offender."

Making this happen will require training for the newly constituted teams, to orient them to best practices in correctional mental health. Correctional officers will also be trained to better understand signs and symptoms of mental illness so they can better interact with the inmates and know the signs whereby the best response would be a referral to the mental health team.

Intermediate Care

The third component of the strategy recognizes the fact that some mentally disordered offenders, while not requiring hospitalization in a treatment centre, need more structure than that offered by a regular institution. They need an accommodation unit, where they can still work on their correctional plan, but have the treatment and support they need to manage their illness.

"At present, many offenders with mental health disorders are mixed in with the general prison population, which exposes them to certain risks and does not allow the provision of more structured interventions," says Dr. Bouchard. "So, in each region, we're planning to establish intermediate health care units in some of our institutions."

Intensive Care — Regional Treatment Centres

The Regional Treatment Centres, designed to provide intensive care for offenders with acute mental disorders, such as schizophrenia, will also receive new resources under the mental health strategy, to help all five facilities either earn or maintain their accreditation as psychiatric hospitals, with standards comparable to those found in the community.

"In many cases, the staff-to-patient ratio is not up to par," says Dr. Bouchard. "So we need to standardize that, along with ensuring proper training of staff, consistent standards of care, and use of force that is adapted to mentally ill offenders."

With comprehensive screening of all offenders coming into the correctional system, CSC will also be better able to develop uniform criteria for admission to the treatment centres.

"We have never established standardized admission criteria," says Jane Laishes, Senior Manager, Mental Health Services, CSC national headquarters. "We need something that's consistent right across the country, so

that an inmate can't say, 'Well, I was able to get that treatment out West and now I'm in Ontario and it's not available.'"

Transitional Care — Back into the Community

The fifth element of the strategy, CSC's Community Mental Health Initiative, is well under way, having been launched in 2005, with nearly \$30 million in funding for a five-year period. (See *Let's Talk*, Vol. 30, No. 4 and this issue, p. 19.)

"What we had observed," says Ms. Laishes, "is that offenders who had mental health problems were the least likely to be released on parole. Often, we were unable to ensure continuity of care once they left the institution, which meant that these offenders would be on their own, with no community support."

"Better discharge planning, starting nine months before the offender's release date, along with specialized mental health staff in selected district parole offices, should make for a smoother and safer transition back into the community," says Ms. Laishes. The other key element will be CSC partnering with community service providers, to ensure mentally ill offenders continue to get the help they need when they are no longer on parole.

"Hopefully, we will end up with offenders who follow their treatment plan and there will be fewer problems in terms of breach of parole or behavioural dysfunction and safety issues within the community," says Ms. Laishes.

Setting Priorities: A Two-year Pilot

In 2006, Dr. Bouchard and her team consulted with the regions on the first four components of the strategy, to see if it reflected their needs. There was wide endorsement, and general agreement that the initial focus should be on intake assessment and primary mental health care.

CSC now has \$21 million in funding for the next two years. The money will be directed towards the computerized screening project, recruitment, training, provision of services by primary care mental health teams, training correctional officers and improving in-patient care at the treatment centres.

With universal screening, it's estimated that up to 25 percent of new inmates will be flagged for further assessment and follow-up. Dr. Bouchard is confident that the organization will be able to address the predicted increase in demand for services.

"We have the resources. What we need to change now is our recognition of the problem and the way we treat mentally ill offenders," she says. "The mental health strategy has given us a direction for quite a few years. It shows we can do something right and do it well. Ultimately, everybody benefits if we can reduce the human suffering caused by mental illness — our staff and volunteers, offenders and their families, and the community at large." ♦





CSC to Launch Computerized Mental Health Screening

Senior
Research
Manager
Dr. Andrew Harris

According to the 2006 Corrections and Conditional Release Statistical Overview, 10 percent of offenders are diagnosed **as having a mental health disorder** upon entering the federal correctional system. The same report shows that 20 percent of federal offenders are on prescribed psychiatric medication at the time of admission. "The discrepancy suggests that the system does not reliably count and follow individuals with mental health challenges," says Senior Research Manager Dr. Andrew Harris.

Due to the stigma attached to mental illness throughout society, many inmates feel they have to hide their mental health problems upon admission. Offenders who are not screened and flagged for treatment can become disruptive, can be a threat to themselves and others, or, because they are left to cope on their own, in the regular prison population, they can be preyed on by other inmates.

"Finding out who has mental health problems at intake, so we can better respond to their needs, has always been a goal for CSC," says Dr. Harris. "But until recently,

we didn't have the tools or the resources to screen everyone."

"Administering mental health assessments is a very time-consuming and expensive process, which makes it impractical for daily screening of large numbers of inmates," he explains.

Extensive consultations with regional staff led to Dr. Harris and his team developing a computerized mental health screening tool, to be pilot-tested in reception centres, over the next two years.

How It Works

All federal offenders arriving at a regional reception centre will be asked to sit down at a private computer station and spend 30 to 40 minutes completing a series of true or false and scale ("not at all", "a bit", "moderately", "a lot") questions. Participation is voluntary.

The tests have been used in correctional settings for some years and include what's known as the Brief Symptom Inventory of mental health indicators such as depression, anxiety, hostility, obsessive-compulsive disorder and paranoia, along with a depression, hopelessness and

suicide scale, developed within CSC. A third test, the Paulus Deception Scale, is a safeguard against faked responses.

Offenders who are unable to read the grade six-level questions can have them read aloud by the computer, in French or English. Plans are under way to add major Aboriginal and immigrant languages down the road, along with tests for personality disorders, Fetal Alcohol Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Project Manager Dr. Ron Frey, a clinical psychologist hired to oversee implementation of the screening tool, emphasizes there are checks and balances built into the process, to allow offenders to take a break when they need to or ask questions. "They're not just alone in a room with a computer," he says. "There will always be a clinician standing by, in case a question is disturbing to an inmate or brings back painful memories that might trigger a safety risk."

Further human contact will come in the form of a face-to-face interview with a psychologist, if necessary, after offenders complete the computerized tests. "In deciding whether an offender requires follow-up assessment, you cannot make decisions on test results alone," says Dr. Frey. "For example, in the case of Aboriginal offenders, you need to have a clinician who understands the culture of the individual sitting across from them so they can properly interpret the psychological tests results."

Results

Once offenders complete the screening process, the data will generate a report that goes to their confidential medical file. If the score exceeds a certain threshold, there will be an automatic referral to a psychologist for a full-blown assessment and therapy, if needed, including placement in a Regional Treatment Centre or other specialized facility.

"It's a more efficient use of our resources," says Dr. Frey, "to do customized assessments only on those offenders who have been flagged. On a system-wide level, the data we gather will also give us regional profiles of mental health needs and help us do a better job of treatment planning, including the right type of follow-up once a person is discharged into the community."

Having all the test results online also gets around the massive problem of data entry and the possibility of human error when punching in the data.

All test results will be uploaded to National Headquarters Research Branch, to be analyzed and will be used to inform programming decisions at all levels, as well as used in making the case for increased mental health resources. "Year-to-year variations in screening results will also allow CSC to respond to future needs," says Dr. Harris.

Similar screening tests are currently being piloted in the Pacific Region, with the difference that they are manually administered in the presence of a psychiatric nurse. Results from that project will be helpful in terms of estimating the nationwide need for hiring more mental health staff.

Benefits

"To date, 25 to 30 percent of new offenders coming into the Pacific Region have been identified as having some sort of mental disorder, with admissions to the psychiatric hospital and rehabilitation unit going up accordingly," says Executive Director Art Gordon. "What we've

noticed," he comments, "is that simply attending to people by a mental health professional, right at the outset, makes a huge difference to the smooth operation of the entire unit."

"The screening doesn't diagnose anybody," Dr. Harris points out, "but it checks for problems. The big issue here is, if somebody's coming in and they've got a problem, we'll be able to respond proactively and support them as opposed to waiting for them to have a crisis."

"We don't want offenders who are holding it together well enough to get past the reception stage to then be sitting in a cell dealing with mental illness by themselves. It's hard to treat a hidden problem and it's very hard to argue for effective resources for a problem that's difficult to count or where you know your counts are under-estimated."

Apart from the benefits to offenders, CSC staff and management, universal screening also has a wider, societal impact, notes Dr. Harris, with the potential to ease offenders' return to and acceptance into the community.

"We want people to get the most out of their correctional experience so that they don't come back. We can help them best when we have valid, reliable data. It's all about public safety." ♦



Project Manager Dr. Ron Frey, a clinical psychologist hired to oversee implementation of the screening tool.

Ambulatory Services at the Ontario Regional Treatment Centre

The Ambulatory Services Program at the Ontario Regional Treatment Centre RTC(O), was the first of its kind in CSC. The program was established in 1987, following publication of a groundbreaking report, The Mental Health Disorders Needs Identification Study. The research confirmed what wardens had long suspected — that treatment services for mentally ill offenders were seriously inadequate.

BY **Jean Folsom**, Director of Psychology and Rehabilitation Services, **Pat Onysko**, **Louise Kennedy**, and **Carolyn Kirkup**, Ambulatory Services Nurses

At first, the program focused on providing routine follow-up mental health care with a view to reducing the number of admissions and readmissions to the RTC(O) from the offenders' parent institutions. It was, and still is, staffed with certified psychiatric nurses who go out to the institutions and also, occasionally, to the Community Correctional Centres.

Over the years, the focus has changed to that of maintaining offenders with mental health problems in their regular institutions. The program consists of four main activities:

- mental health teaching to both offenders and the non-mental health care staff who work with them;
- monitoring the effectiveness of psychotropic medication to

Jean Folsom, Director of Psychology and Rehabilitation Services

Ambulatory Services at the Ontario Regional Treatment Centre

The Ambulatory Services Program at the Ontario Regional Treatment Centre RTC(O), was the first of its kind in CSC. The program was established in 1987, following publication of a groundbreaking report, The Mental Health Disorders Needs Identification Study. The research confirmed what wardens had long suspected — that treatment services for mentally ill offenders were seriously inadequate.

BY **Jean Folsom**, Director of Psychology and Rehabilitation Services, **Pat Onysko**, **Louise Kennedy**, and **Carolyn Kirkup**, Ambulatory Services Nurses

At first, the program focused on providing routine follow-up mental health care with a view to reducing the number of admissions and readmissions to the RTC(O) from the offenders' parent institutions. It was, and still is, staffed with certified psychiatric nurses who go out to the institutions and also, occasionally, to the Community Correctional Centres.

Over the years, the focus has changed to that of maintaining offenders with mental health problems in their regular institutions. The program consists of four main activities:

- mental health teaching to both offenders and the non-mental health care staff who work with them;
- monitoring the effectiveness of psychotropic medication to

Jean Folsom, Director of Psychology and Rehabilitation Services

Photo: Bill Rankin

Psychiatric Mental Health Nursing

- determine whether the offender also needs to be seen by the psychiatrist;
- making referrals to the psychiatrist when warranted; and
 - mental health discharge planning for offenders who are getting ready for release.

At some sites, all newly admitted offenders who are flagged as having mental health needs on the Offender Management System are screened by the Ambulatory Services nurse to see if those needs are current and whether further assessment or intervention is required. At other sites, the nurse provides a variety of services at the psychiatric clinics such as prioritizing referrals and attending the clinic along with the psychiatrist.

As active members of institutional mental health teams, the psychiatric nurses liaise between the RTC(O) and the institutions. They also act as a bridge between psychology departments and health care centres within institutions, to ensure smooth communication channels. Their own internal network allows them to have a good overall picture of offenders with mental health needs across the region.

In short, the Ambulatory Services nurses are the "glue" that holds mental health services together in Ontario Region. They provide a continuum of care from admission to release and on into the community. Feedback from both offenders and institutional staff has been extremely positive about the usefulness and effectiveness of this unique service. ♦

Dr. *Hildegard E. Peplau, who died in 1999 at age 89, is considered by nurses worldwide to be the founder of psychiatric nursing. For her, the key question was: "What do nurses know and how do they use that knowledge to benefit people?"*

Carolyn Kirkup, Registered Nurse, Psychiatric Mental Health Nurse, Ambulatory Services Program, Ontario Regional Treatment Centre

Photos: Philip Gordanier

Dr. Peplau's scope of influence goes far beyond the field of psychiatric mental health nursing. She advanced nursing professional, educational, and practice standards and stressed the importance of professional self-regulation through credentialing. Peplau challenged psychiatric nursing to thrive in the new millennium in four central areas:

- the nurse-patient relationship;
- engagement in evidence-based practice;
- competence in information technology; and
- leadership in shifting the health care paradigm to community-based delivery.

Today, psychiatric mental health content is part of all diploma and baccalaureate nursing programs on an international scale. Specialization can occur at the graduate level. Sub-specialties include child, adolescent, adult, geriatric, consultation/liaison, addictions/substance abuse, eating disorders and forensic psychiatry. Psychiatric mental health nursing in the area of corrections is also a sub-specialty.

What do nurses know?

We know the number of offenders with mental disorders is increasing in Canadian federal prisons. Many offenders have serious and chronic physical and mental illnesses requiring substantial health care efforts. Institutional factors, inmate vulnerabilities, poor coping skills and conditions of confinement, such as segregation, all make caring for these offenders extremely challenging for nurses who work in a correctional setting.

According to the Canadian Nurses Association, psychiatric nurses must be

knowledgeable in the areas of biological and psychological theories of mental health and mental illness, psychotherapy, substance abuse, care of populations at risk, the community as a therapeutic milieu, cultural and spiritual implications of nursing care, psychopharmacology and documentation specific to the care of the mentally ill. Skill competency stresses comprehensive bio-psychosocial assessment, interdisciplinary collaboration, identification and coordination of resources for offenders and families, the use of psychiatric diagnostic classification systems, therapeutic communication, establishing therapeutic relationships, therapeutic use of self, psycho-education with clients and administering and monitoring psychopharmacologic agents.

Both registered nurses and registered practical nurses provide psychiatric mental health nursing care at the Ontario Regional Treatment Centre. Nurse coordinators are responsible for management, leadership, education and training. Nurses work with offenders to meet their goals for recovery. Nurses with specialty certification in psychiatric mental health nursing with the Canadian Nurses Association work with offenders as part of the Ambulatory Services Program.

How do nurses use their knowledge to benefit offenders?

The Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) has evidence-based nursing best practice guidelines such as client-centered care, establishing therapeutic relationships and crisis intervention that assist psychiatric nurses



Carolyn Kirkup

ADDRESSING MENTAL HEALTH NEEDS OF OFFENDERS

working in correctional institutions, where self-knowledge and boundary setting is imperative when responding to offenders in crisis.

This year, RNAO is holding the first International Conference on Evidence-based Practice Guidelines. New partnerships are being formed to evaluate clinical practice guidelines in Canada and worldwide. Collaboration, sharing, working with researchers, academic institutions and health care providers will translate evidence into practice. Networks where psychiatric nurses and health care organizations come together to share dramatic improvements result in positive clinical outcomes for our patients and our offenders.

The following Canadian Nurses Association domains of practice for psychiatric mental health nursing are applied to the correctional setting:

- the helping role;
- the diagnostic and monitoring function;
- the teaching-coaching function;
- administering and monitoring therapeutic interventions;
- effective management of rapidly-changing situations;
- organizational and work role competencies;
- monitoring and ensuring the quality of health care practices. ♦



Rehabilitation Services at the Ontario Regional Treatment Centre **Skills for the Job of Living**

The Ontario Regional Treatment Centre RTC(O) offers a variety of innovative rehabilitation services, all designed to help offenders with mental disorders by teaching them a marketable skill or providing them with a meaningful activity. In the process, they also learn many of the essential "skills for the job of living," like following instructions, getting along with others and self-discipline. Rehabilitation services like the ones profiled here, give these offenders hope for a future beyond the prison walls — a future in which they may safely return to the community and become a contributing member.



Old Blue Jeans Heal, Restore

Inmates find self-worth
and a way to give back

The Free Spirit Affirmative Business Associates and Tracey Davidson, Occupational Therapist, RTC(O) and Chaplain Fergy Wilson, RTC(O)

They're federal offenders. They have mental illnesses. They serve long or even indeterminate sentences. But they're producing beautiful, salable, practical items. They make their creations out of old stuff. It's hard to imagine their sturdy, attractive

and fashionable tote bags or dog jackets began as blue jeans or guards' uniforms headed for the landfill.

The Free Spirit Affirmative Business at the Ontario Regional Treatment Centre fosters recovery from mental illness. It combats stigma and helps its 14 workers be a part of the community.

The workers, or Business Associates, named it "Free Spirit" themselves. They're proud of their handiwork, which is sold locally. Every two months, 60 percent of the profits go into the men's personal accounts, according to the number of hours they have worked. Of the rest, 25 percent buys equipment and raw materials and 15 percent is kept for emergency business expenses. The associates

working in correctional institutions, where self-knowledge and boundary setting is imperative when responding to offenders in crisis.

This year, RNAO is holding the first International Conference on Evidence-based Practice Guidelines. New partnerships are being formed to evaluate clinical practice guidelines in Canada and worldwide. Collaboration, sharing, working with researchers, academic institutions and health care providers will translate evidence into practice. Networks where psychiatric nurses and health care organizations come together to share dramatic improvements result in positive clinical outcomes for our patients and our offenders.

The following Canadian Nurses Association domains of practice for psychiatric mental health nursing are applied to the correctional setting:

- the helping role;
- the diagnostic and monitoring function;
- the teaching-coaching function;
- administering and monitoring therapeutic interventions;
- effective management of rapidly changing situations;
- organizational and work-role competencies;
- monitoring and ensuring the quality of health care practices. ♦



Pat Onysko, Louise Kennedy and Carolyn Kirkup, Ambulatory Services Nurses

Rehabilitation Services at the Ontario Regional Treatment Centre **Skills for the Job of Living**

The Ontario Regional Treatment Centre RTC(O) offers a variety of innovative rehabilitation services, all designed to help offenders with mental disorders by teaching them a marketable skill or providing them with a meaningful activity. In the process, they also learn many of the essential "skills for the job of living," like following instructions, getting along with others and self-discipline. Rehabilitation services like the ones profiled here, give these offenders hope for a future beyond the prison walls — a future in which they may safely return to the community and become a contributing member.



Rocco models a dog jacket made by Free Spirit. The olive-green apparel is crafted out of recycled correctional officer jackets.

Old Blue Jeans Heal, Restore

Inmates find self-worth and a way to give back

BY The Free Spirit Affirmative Business Associates and **Tracey Davidson**, Occupational Therapist, RTC(O) and Chaplain **Fergy Wilson**, RTC(O)

Photo: Mark Hauser

They're federal offenders. They have mental illnesses. They serve long or even indeterminate sentences. But they're producing beautiful, saleable, practical items. They make their creations out of old stuff. It's hard to imagine their sturdy, attractive

and fashionable tote bags or dog jackets began as blue jeans or guards' uniforms headed for the landfill.

The Free Spirit Affirmative Business at the Ontario Regional Treatment Centre fosters recovery from mental illness. It combats stigma and helps its 14 workers be a part of the community.

The workers, or Business Associates, named it "Free Spirit" themselves. They're proud of their handiwork, which is sold locally. Every two months, 60 percent of the profits go into the men's personal accounts, according to the number of hours they have worked. Of the rest, 25 percent buys equipment and raw materials and 15 percent is kept for emergency business expenses. The associates

donate 15 percent of their profits or items "in kind" to charitable organizations such as the United Way.

After eight years of operation, the business associates say Free Spirit is successful because of its simple structure, its philosophy of consensus and its democracy. They also like the challenge of "making something from nothing." In their own words:

- "I learn a lot from others. There is a sense of mutual respect."
- "I like coming to work. It has helped me develop a healthy routine."
- "You acquire wisdom, faith, understanding and discipline."
- "Working gives you a sense of belonging to something."
- "The business gives me hope for a better future."
- "The business gave me new ideas to start making chemo-wraps for cancer patients on a voluntary basis. I've learned independence which I will use to start my own business."

Tracey Davidson, a registered occupational therapist, helps each associate obtain productive, meaningful employment through ongoing assessment, employment support and workplace accommodations. Chaplain Fergy Wilson assists through creative community marketing.

A version of this article first appeared in the Anglican Diocese of Ontario publication *Dialogue*, January 2007. ♦



From left to right: Dave Farnsworth, Psychologist; Tracey Davidson, Occupational Therapist; Chaplain Fergy Wilson; Kim Bennett, Behavioural Technologist; Danny Offord, Job Coach-Housekeeping Services; and Donna Stickles, Behavioural Technologist

Job Coaching Program

BY **Danny Offord**, Job Coach-Housekeeping Services and **Dave Farnsworth**, Psychologist, RTC(O)

Job coaching at the Ontario Regional Treatment Centre is a cleaning program, designed to teach industry standards for a hospital setting. The result is a cleaner, healthier environment for inmates, staff and visitors. The goal is rehabilitation through meaningful work. Vocational therapy is one facet of the patient's treatment plan, complemented by counseling, medication and correctional programming.

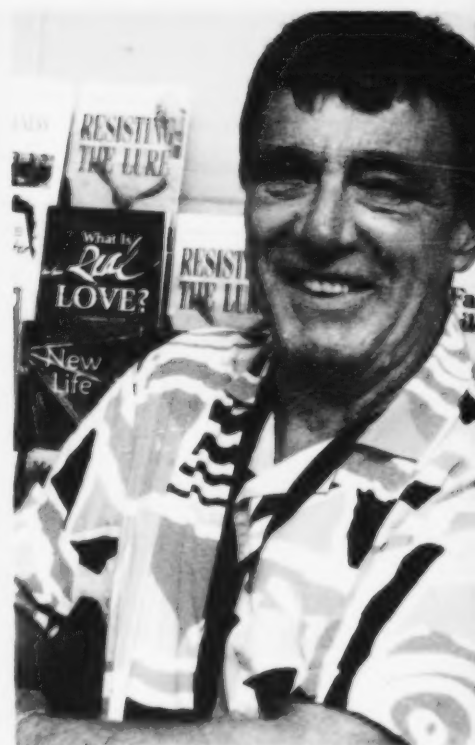
The cleaning program was created in 1999 by Occupational Therapist Tracey Davidson and Psychologist Dave Farnsworth. It remains part of the Psychology Department, offering supported employment to inmates with severe and persistent mental disorders, emotional concerns, learning disabilities and little or no previous work history. To quote a former parole officer: "It motivates inmates who spend most of their day sitting on the window sill or sleeping to do something constructive."

Job coach duties include supervising the worksite, scheduling work detail, obtaining equipment and providing cleaning and sanitizing services for restricted areas. The coach works alongside inmate-patients, offering encouragement, role modeling and feedback. Evaluations are also shared with the multidisciplinary team — medical staff, psychologists, parole officers, case workers and the National Parole Board.

Results

In 2002, five program participants were released. Of these, three are still employed. Currently, the following has been achieved:

- five participants have successfully completed the 72-hour Cleaning Program. Of these, two are employed full-time as cleaners;
- 13 have completed Health and Safety training and shown their ability to use it;
- 13 have completed training towards the Workplace Hazardous Materials Information Systems (WHMIS) certification;



Danny Offord, Job Coach-Housekeeping Services

- 12 have completed training on industry-accepted cleaning procedures for Biohazard and Blood-borne Pathogens;
- five have received additional training in Industrial Cleaning Procedures for a hospital environment and the correct use of cleaning chemicals and equipment;
- three have been trained in writing cover letters and resumes.

The benefits are evident in the following comments by participants:

- "When I am working I don't hear the voices."
- "Working has helped me develop people skills. I am less argumentative with others."
- "The program has increased my sense of knowledge and safety."
- "It adds structure to my day."
- "Working got me motivated. I don't feel as depressed when I'm working. People need to work." ♦

Kitchen Worker Program

BY **Kim Bennett**, Behavioural Technologist, RTC(O)

The Kitchen Worker Program began in 2005, when Kingston Penitentiary (KP) staff approached the Ontario Regional Treatment Centre RTC(O) to see if patients could take on the job of putting together bags of condiments and cutlery for their Segregation Unit and the Acute Range. The bags are needed for kitchen staff to serve meals to the offender population. RTC(O) agreed and two behavioural technologists adopted the project.

The program runs three half-days a week and can employ five to six patients per session. The group works in assembly line fashion with each person doing a specific job. In one section, four patients put together bags containing a day's worth of cutlery and condiments for KP and RTC(O) units. During each session, patients can complete two days worth of bags, or 420 sets. The other section puts together the weekend cutlery-condiment bags for the entire offender population at KP.

In contrast to other programs, participants do not lose pay if they are unable to work due to mental health problems. Casual workers can be called in at the last minute if a participant is not feeling well. When he is ready, he returns to the program.

Patients who suffer from a major mental illness find the program a welcome distraction that gives them something to do outside their unit. One man said that when he is working in the group, he seems to "get a break" from the voices he hears.

Since 2005, 23 patients have been involved in the program. It is highly successful in terms of offering meaningful and productive work to offenders who are unable to do other jobs and in meeting a constant need of the KP kitchen. ♦

Kim Bennett and Donna Stickles, Behavioural Technologists supervise RTC(O) patients who assemble hundreds of condiment and cutlery bags for the Kingston Penitentiary kitchen every week.



Mental Health Services for Women Offenders Continuing to Create Choices



Dr. Allister Webster

ADDRESSING MENTAL HEALTH NEEDS OF OFFENDERS

Statistics may vary from one year to the next, but one thing is certain: women offenders are twice as likely to suffer from mental illness as male inmates, with major depression and schizophrenia heading the list. Latest figures show that 25 percent of women in federal custody were diagnosed as having a mental health problem at the time of intake, compared with 12 percent of male offenders.

Photo: Paul Pollard

Though there is no typical profile of women offenders with mental health disorders, an expert committee, commenting on CSC's 10-year *Status Report on Women's Corrections 1996-2006*, agreed that women with mental health issues "are among the most vulnerable of the imprisoned population," due to harmful life experiences. These experiences include a history of poverty, family violence, physical and sexual abuse, trauma and addiction.

A Women-centred Approach

A series of studies carried out in the late 1990s, confirmed that mentally ill women offenders had special needs, and that their best hope lay in the provision of intensive programming in a structured environment, removed from the general prison population.

By this time, a women's mental health strategy had been developed by CSC, and most women offenders had been moved into separate institutions, including the Okimaw Ohci Healing Lodge, in Saskatchewan, for incarcerated Aboriginal women. Still lacking were dedicated treatment units.

Following the closure in 2000 of the Kingston Prison for Women, a major step forward was taken with the creation of Structured Living Environment houses in each region for minimum and medium-security women with mental health disorders and Secure Units for those classified as maximum security.

Having these facilities region-wide makes it easier for the women to preserve community and family ties, especially with their children. Two thirds of incarcerated women have children under the age of five.

"The bond between federal women offenders and their children is important," says Dr. Allister Webster, a psychologist at Nova Institution for Women in Truro, Nova Scotia. "Providing opportunities for the women to maintain a connection with their families/children can greatly contribute to a woman's success in reaching her reintegration goals. CSC has placed the women facilities as closely as possible to the women's home communities so they can maintain valued familial relationships, and build towards a successful reintegration," he adds.

Structured Living Environment Houses (SLEs)

The SLEs, with a total of 40 beds (8 per region), offer around-the-clock support. The layout includes a living space, a program area, two therapeutic quiet spaces and staff offices. All staff members have specialized training in mental health issues and work as a multidisciplinary team, providing correctional and rehabilitation programming as well. Placement in the SLE is voluntary and only occurs after a thorough assessment by a case management team. Overall, the SLEs operate as a therapeutic environment incorporating the principles and practices of Dialectical Behaviour Therapy and Psychosocial Rehabilitation.

Dialectical Behaviour Therapy (DBT)

"DBT is a psychological treatment designed to assist individuals develop adaptive skills and strategies targeting problematic behaviours that interfere with effectively coping in one's environment and that prevent an individual from feeling she has a "life worth living". The notion of "a life worth living" is based on the woman's perspective," says Dr. Webster, who also acts as national clinical advisor for DBT. "This isn't about what you or I might suggest as appropriate."

"It rather allows a woman to define it for herself. This is significant," Dr. Webster notes. "For many women, their needs focus on personal empowerment, to be able to take control over the direction of their lives and to develop a sense of ownership."

"Adapted to the realities of prison life, DBT is a combination of individual psychotherapy and groups skills training sessions, backed up by coaching support and team consultations. The goal is to assist the women to develop and utilize adaptive coping strategies. As the woman integrates adaptive skills and strategies, she is less likely to engage in maladaptive coping strategies that sometimes include self-destructive patterns of thoughts, feelings, and behaviours."

"The bond between federal women offenders and their children is important," says Dr. Allister Webster, a psychologist at Nova Institution for Women in Truro, Nova Scotia.

It is particularly suitable for those suffering from high levels of distress, suicidal behaviour, low self-image and cognitive distortion. By working through a series of skill development modules, the women learn to practise mindfulness (similar to the Buddhist notion of living fully in the moment), build greater tolerance for distressing events, gain control over their emotions and improve their interpersonal skills — for example, learning how to ask for what you need and how to say "no" tactfully.

Psychosocial Rehabilitation (PSR)

PSR focuses on those with severe and persistent mental illness. It helps the women identify their needs, build on their strengths and develop basic skills for everyday living, to the point where they may once again be able to function in the community.

Intensive Treatment

For women who require intensive, psychiatric treatment, there are two facilities, one in Saskatchewan and the other in Quebec. The Women's Mental Health Treatment Unit, at the Regional Psychiatric Centre in Saskatoon, provides emergency and ongoing psychiatric care, along with other specialized treatments, including DBT. Aboriginal programming is also offered and there is a sweat lodge on the grounds.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal offers a similar range of services to women in need of psychiatric inpatient treatment. The bilingual institution, though separate from CSC, provides a certain number of beds on a contract basis.

In both cases, a stringent referral process is in place, to ensure the woman's needs are fully understood and that all other options have been thoroughly explored.

Primary and Transitional Care

Within each regular institution, women offenders in need of psychological services may request one-on-one service with a psychologist, or they might be provided with access to a group. "Waiting times can vary," says Dr. Webster, "depending upon treatment availability, but we try to maintain community standards." Primary care can include anger and stress management, coping with eating disorders, substance abuse, adjustment issues, self-esteem issues and other mental health related challenges. Psychological support is available to women returning to the general prison population from treatment facilities to assist in transition and to assist in the prevention of relapses. Access to Native Elders and traditional healing practices is also available to the women.

Transitional care involves discharge planning months in advance of the release date and connecting the women with community agencies and other supports. Under the new Community Mental Health Initiative, psychiatric nurses and social workers in each district parole office are already helping them access the services they need to make a safe and successful return to their home communities. ♦



ADDRESSING MENTAL HEALTH NEEDS OF OFFENDERS

Beyond the Drive

From July 2006 to July 2007, Veronica Felizardo and David Champagne accompanied 28 offenders from the RTC(O) to the community.

Accompaniment Support at

A typical day for an offender being released on warrant expiry:

- 07:00** Meet in the parking lot at Kingston Penitentiary, the site of the Ontario Regional Treatment Centre RTC(O).
- 07:05** Bring the RTC van through the south gate; let the correctional officer at the gate know an offender is being released today.
- 07:10** Proceed to the main security post; pick up the gate clearance that will allow the offender to be released.
- 07:15** Head to the offender's range; pick up discharge medication from nursing staff and confirm that offender has taken his a.m. medication; pick up offender along with his cell effects.
- 07:35** Escort offender to Admissions and Discharge Department to obtain his discharge clothing, personal effects (including ID), and CSC identification.
- 07:50** Escort offender to Finance Department to withdraw his institutional funds.
- 08:00** Drive to the south gate; hand the legal paperwork to a correctional officer to allow for offender's release.

The gate opens. Lake Ontario appears. Accompaniment support into the community begins...

Given the stigma that is still attached to mental illness, offenders with mental disorders face more than the usual hurdles upon their release into the community. First steps that are difficult enough, like finding housing, or accessing health services or applying for welfare benefits, or engaging in a lengthy round of appointments and interviews, may loom as insurmountable in the offender's mind.

BY **David Champagne**, Master of Social Work, Registered Social Worker and **Veronica Felizardo**, Master of Social Work, Registered Social Worker and PhD c.

Deemed especially vulnerable because of their illness, these offenders typically have a short attention span, low tolerance to change, cognitive impairment and little understanding of how to navigate through the system and make it work on their behalf — all of which can jeopardize their safe transition back into society.

Recognizing the need for advocacy and in the interest of public safety, RTC(O) clinical staff have been providing an Accompaniment Support Service since the late 1980s, currently championed by clinical social workers. In essence, two staff members, including at least one health care professional, accompany offenders being released into the community (i.e. conditional and warrant expiry releases) through their first, critical day out of prison, making sure appointments are kept, paperwork completed and the men connected with essential services (for example, housing, finances, health care and counseling).

Clinical Discharge Planning Services

Accompaniment support is a key component of the clinical discharge planning process. Based on the principle of "continuity of care," the goal is to develop a comprehensive, individualized plan to identify transitional and longer-term discharge needs of offenders with a mental disorder. Social workers at RTC(O), as a primary responsibility, develop release plans by consulting with offenders, family/community support systems and multidisciplinary teams, including representation from health and parole services.

Accompaniment Support

Accompaniment support is a voluntary clinical service that requires the offender's informed consent. Despite common perception, accompaniment support is not a "taxi service" and is much more than "a drive." It should not be confused with situations where an offender may require a security escort, nor is it the only possible option for an assisted release. On occasion, a family member or representative from a community agency may arrange to pick up the offender at the institution and accompany him on his release date. Such cases are rare, though,

A typical day continued:

- 08:15** Stop at coffee shop on the way out of Kingston. (This is the offender's first encounter with the public after his release.)
- 11:00** Arrive at court to address a section 810 application by community police services.
- 11:40** Doctor's appointment scheduled for 11:30 has to be cancelled due to delays at court.
- 11:45** Help offender replace his birth certificate at Office of Registrar General; unsuccessful due to lengthy line up.
- 12:00** Pick up a letter at a community agency to allow offender's health card to be replaced without a birth certificate.
- 12:15** Help offender replace health card at the Ministry of Health and Long-Term Care office.
- 12:45** Stop at McDonald's to pick up take out and head to next scheduled appointment.
- 13:00** Accompany offender to appointment for short-term housing with the Mental Health and Justice Program; complete housing intake interview; view the offender's new apartment; obtain document

to confirm address required for Ontario Works (welfare) appointment.

- 13:30** Arrive just in time for Ontario Works (welfare) appointment; appointment begins late; complete lengthy intake interview; obtain drug benefit medications, bus tickets, and emergency financial aid.
- 16:00** Return to the offender's new apartment, now stocked with food, blankets, sheets, and other essential items.
- 17:00** Spend time with the offender to help him prepare a schedule for his many appointments the following week; review Ontario Works paperwork, his medication schedule and police-imposed conditions.
- 18:15** Wish offender success in the community; review relapse prevention plan with him; encourage occasional contact to report on progress. Offender states that he is very grateful for the assistance and says that throughout his life, no one has ever helped him in this way. He's particularly grateful for accompaniment support on his release date.

The Ontario Regional Treatment Centre

since these offenders are often alienated from family and community supports. In addition, the men frequently require more time and attention on their release date than members of their support system are willing or able to provide.

Accompaniment support plans are developed in consultation with institutional and community parole services to ensure a good fit with the community strategy and identified release conditions. Consultation with health care colleagues, including other social workers, nurses, psychiatrists, psychologists and occupational therapists, ensures that an offender's unique community integration needs are identified and factored into the plan.

There are numerous variables that influence the clinical discharge planning process. Intrinsic factors, such as the offender's motivation, cooperation, and symptoms of their disorder, must be carefully assessed and reviewed on a regular basis. Extrinsic factors, such as family and community supports, conditions of release and availability of resources, also have to be monitored, allowing for modification as required.

On the Day of Release

En route to the offender's release destination, those providing the accompaniment support, have an opportunity to talk to the offender about his prioritized discharge needs and to encourage him to follow through with his relapse prevention plan. During this time, offenders tend to be more forthcoming and

receptive to intervention. Time spent together also provides the opportunity to observe offenders interacting with the public and to provide feedback on their interpersonal skills. For men who have served lengthy sentences or those who have had a "rough ride" inside, this is often an important transitional step in shedding their inmate label.

Staff providing accompaniment support must remain flexible, professional and compassionate when dealing with unexpected events where the release plan has to be modified. These situations, often upsetting to the offender, may arise prior to release (for example, incomplete paperwork, missing personal effects, complications with discharge medication) or throughout the day in the form of traffic jams, court delays, last-minute changes to pre-scheduled appointments or denial of services.

Having a professional at their side to help them navigate through the system enables offenders to access essential services at their first, crucial appointments in the community, often including housing, financial services, identification replacement and health care follow-up. In the case of a conditional release, there is an additional need to support the offender in complying with their legal obligation to report to community parole services and, if required, to complete an initial police report on their release date.

Above all, accompaniment support ensures the safe and timely travel of offenders with



Part of the accompaniment support plans is to find, with the offender, a place to relocate where he will have access to appropriate services.

mental disorders from the institution to the community where they will be trying to make a fresh start. For those who are committed to making significant changes in their lives, accompaniment support as part of the clinical discharge planning process, is invaluable in empowering them to become responsible, law-abiding citizens. ♦

The Healing Power of Friendship

“I was in prison and you visited me.” These simple words from the Book of Matthew in the New Testament lie behind Helmut Isaac’s commitment to befriend those whom society has turned its back on.

While farming in northern Saskatchewan in the 1980s, Isaac began visiting inmates at the Prince Albert Penitentiary. Following a disabling farm accident, he and his wife moved to Saskatoon, where he became coordinator of Person to Person, a multi-faith prison visitation program that largely serves mentally ill male offenders at CSC’s Regional Psychiatric Centre (RPC) in the Prairie Region.

“We’re not coming in there to fix anything,” he emphasizes. “We’re there to offer friendship. Many of these guys have come through the foster care system and have no family to connect with anymore. Others have been abandoned by their family because of their offences. We provide visits for those who would not otherwise get one.”

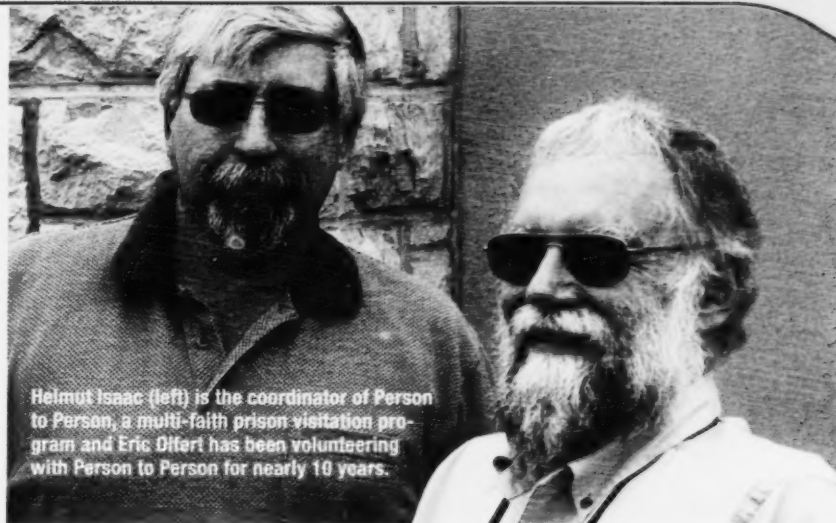
The team of 35 Person to Person volunteers offers companionship — talking, listening, maybe playing cards, maybe just sitting together, but most of all communicating caring, respect and acceptance to lonely and isolated men.

As coordinator, Isaac matches volunteers up with inmates who have applied to be in the program, but only after RPC staff has put them through a risk assessment. “They don’t let guys who are having an acute episode of mental illness come to the visitors’ area,” he says. “If they’re not stable on their meds, or if they’re causing problems on the units, they’re not allowed to participate.”

Benefits Both Ways

Volunteers are expected to form long-term relationships with the men and help lay the groundwork for the offenders’ eventual return to society. It works, he says, because of the depth of relationship and trust that builds up over the years.

Eric Olfert has been volunteering with Person to Person for nearly 10 years. One of the biggest



benefits of the program, he says, is that “it helps the men to begin restoring their sense of self-worth, and gives them a head start on what it all means when they are out on the street again.”

“There are safety benefits as well,” he adds. “One of the guys I visit said to me: ‘I trust you. I value your visits and I’m finding it more and more important that I learn not to re-offend when I come out because that would jeopardize our friendship.’”

For Olfert, the personal reward is that “I get to meet some really interesting people. I find it a fascinating and powerful experience to spend time with these folks. Sometimes we can have wide-ranging conversations. Sometimes they can only talk about what happened that day and it takes careful work to get them to think in a bit more depth. But we get a lot of feedback from the people we visit, that just being treated like a human being who has some worth is a huge boost for them.”

In his contacts with sex offenders, Olfert’s non-judgmental approach can lead to barriers coming down. He recalls an inmate he’d been visiting for about three months. “Then, all of a sudden I got a note which said ‘I imagine you wonder what I’m in for? Well, I abused small children. If you never want to see me again that’s OK.’” Olfert wrote back to the offender, assuring him that he wanted to continue with

the visits. “From that point on, our conversations were at a whole different level of honesty and openness.”

Helmut Isaac also finds that the RPC benefits from the volunteers’ presence. “Sometimes you’re like a sponge. I remember one of the chaplains saying the volunteers don’t realize how much tension they take out of the institution. The patients don’t often get a chance to talk to anybody who isn’t part of the system.”

Safety Concerns

Not being part of the correctional system doesn’t mean there are no boundaries. Volunteers soon learn how to recognize when offenders are trying to manipulate them or overstep the limits. This becomes easier as the relationship deepens and mutual trust develops. Potential volunteers are also required to attend training provided by the RPC, as well as Person to Person’s orientation before they begin visiting.

Although conversations are kept confidential, offenders are told, up-front, that any threats of self-harm, or harm to others, or escape plans will be promptly reported.

When Eric Olfert first started doing prison visits, “it was a new experience to have the big doors clang behind you and to know that you were ‘inside.’ But the sense that there was any

real danger was very small. When you start following patients out and relating to them on the street, then it becomes a bit more real." One of the men he's befriended is now in the community. "We trust each other," he says, "but he does have a mental illness and I always keep an eye on how things are for him."

Return to the Community

Although Person to Person began as a prison visitation program, the community component came about in response to the realization that patients were leaving the RPC with no friends, family or community supports.

Both Olfert and Isaac participate in the local Circles of Support and Accountability group, helping released sex offenders stay on their medication, find their place in the community and avoid re-offending. To ensure continuity, Helmut Isaac tries to have the volunteer who's been visiting with the offender on the inside be part of the circle as well.

Volunteers also get involved in driving the men to mental health appointments or accompanying them to support group meetings, such as Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous, and helping to connect them with community resources.

Person to Person is all about creating a sense of community for offenders who never had one to start with, providing a group of people who care about them, regardless of their mental illness or what they have done, and helping them make a fresh start. ♦

For more information about volunteer programs within CSC please visit http://www.csc-scc.gc.ca/text/portals/volunteers/index_e.shtml



ADDRESSING
MENTAL HEALTH
NEEDS OF OFFENDERS

The Meaning Comes in Moments

Reverend Helen Tervo had never considered prison work early on in her career as an Anglican priest. She was out of a job and looking for a new congregation, when an opening came up at CSC in the Prairie Region. "Within two weeks of working at the institution," she says, "I knew this was where I was called to be."

She remembers the first day she was on her own in the institution. A young inmate walked into her office, just to talk. "And he said, 'There's somewhere in the Bible about this son, who takes all his money and goes and wastes it.'"

"I told him it was the story of the prodigal son and asked if he wanted me to read it to him. When I finished, he said 'That's my story.' It was like God had given me this moment to say 'You belong here.'"

Now based at the Pacific Institution / Regional Treatment Centre, in Abbotsford, British Columbia, Reverend Tervo, along with Father Joe Ostopowich, a Catholic chaplain, is part of a multidisciplinary team of psychiatric nurses, psychologists, psychotherapists and other health care professionals within the almost 400-bed facility, which includes a reception and assessment unit, a medical hospital, a psychiatric hospital and a rehabilitation unit.

As full-time institutional chaplains, dealing with diversity is a major consideration for Reverend Tervo and her Catholic counterpart. "We have people from all the major ethnic and religious communities. So you need to understand the cultural assumptions that different individuals have, and to work within that."

Other faith groups have their spiritual needs attended to by visiting Aboriginal Elders, as well as Muslim, Sikh, Jewish, Buddhist and Wiccan chaplains.

A Day in the Institution

Reverend Tervo maintains there is no such thing as a typical day. After attending the team meeting, she spends most of her mornings going to where the men are, either in the hospitals or the rehabilitation unit, since many are unable to leave their unit.

"And if there's someone who wants to talk, I'll stop and talk to them. There's a huge range of conversations we can have, just at the drop of a hat, like 'How come God let me do such terrible things?' or 'Where can I find forgiveness?'"

Afternoons may be spent in one-on-one counseling, planning the weekly chapel service, talking to volunteers, acting as a go-between for the men, liaising with their family members, escorting offenders on temporary absences and ministering to the spiritual needs of staff members who may be going through a rough time.

"Whether someone is religious or not, the most important thing in all of this is that chaplains are about relationships. People with mental illness aren't any different from people without mental illness in terms of trying to connect or to find some meaning in their lives," she says.

Striking a Balance

Though she considers herself to be an integral part of the treatment team, Reverend Tervo tries to strike a balance between the demands of the correctional system and her role as spiritual advisor.

"As chaplains, we're *in* but not *of* Corrections," she emphasizes. "It's easy to begin to talk the language and get pulled in, but I've had to learn that I'm here for spiritual purposes. That's my

place on the team — to raise some of those issues around forgiveness and compassion and meaning."

Maintaining the balance can be challenging, when offenders speak with Reverend Tervo in confidence. She often has to make a judgment call about sharing the information, especially where health and safety are concerned.

"Confidentiality is important, but my understanding of confidentiality is not secrecy," she says, "and I make this clear to the men." For example, if an offender discloses a past history of sexual abuse, her first reaction is to see whether he has tried to get professional help and, if not, to connect him with the right services.

"The same thing with suicide," she says. "Anytime someone talks to me about suicide, I say 'Who can we talk to about this, right now?' I don't leave the men with me being the only person they've spoken to."

Working with Families

As Reverend Tervo points out, inmates who are mentally ill are often estranged from their families, especially in cases where the family has been the victim, or simply because they are worn out from years spent on an emotional roller-coaster.

She has to tread carefully, to avoid working towards reconciliation before all parties are ready for it. "You want to build a solid relationship that may not be one of those Oprah Winfrey moments, but something that gets both sides involved," she says.

"Amazingly, there are families who do stay in contact," she adds. "In lots of ways, when someone is mentally ill and in prison, the family can finally relax and know they're safe. They don't have to worry about their brother, or son or father living on the street somewhere in downtown Vancouver."

The Frustrations

One of the biggest frustrations for Reverend Tervo is to work with an inmate for several months, to see him make progress, and then lapse back into familiar patterns.

"You can have a direct result in someone's life, but it can disappear very quickly, like a decision not to stay on their medication," she

says. "With mental illness, it's not something that they can just think away. Just because they have an insight one day, it doesn't mean that's going to hold them six months down the road. One of the frustrations with chaplaincy and doing spiritual work in a place like Corrections is that we're eager to measure. But our job is to step back from measurements, to know that we can have an impact on somebody that may not show up right away."

The Rewards

For Reverend Tervo, it comes down to a question of faith and trust that broken lives can be rebuilt, that showing kindness and compassion to those who least expect it can make a big difference, even if the results aren't immediately visible.

"I can't tell you the number of men who sit in my office and tell me about a correctional officer who said something encouraging to them 20 years ago or gave them a break. They still remember these things. So, we have to trust that the good we do is good, that there are some people who are able to turn their lives around and leave prison to lead a rewarding life. But we don't see that every day," she adds. "It comes in moments, not in great plans."

She observes that being a chaplain isn't mainstream pastoral care. "This is going into people's lives at a very dark time, and reminding them that they are more than whatever dreadful things have been done to them or that they've done to others, that they are more than the mental illness they've got. They can then start to see themselves the way God would see them. And they can see some hope," she says. "When I get a chance to be part of that, it makes it all worthwhile." ♦



Community Supervision of Offenders
with Mental Disorders

Forging Steps Towards Safer Reintegration

ADDRESSING
MENTAL HEALTH
NEEDS OF OFFENDERS

In the past decade, the Correctional Service of Canada (CSC) has seen a substantial increase in the number of offenders coming into the federal correctional system who are suffering from mental disorders. Since 1997, the number of male offenders presenting a mental disorder at intake increased from seven to 12 percent. In addition, 25 percent of woman offenders are currently presenting with mental health issues at intake.

BY **G. Chartier**, Communications Officer, Communications and Citizen Engagement Sector

Above: Dr. Andrea Moser, Manager of Community Mental Health Initiatives in CSC's Health Services Branch, National Headquarters

To meet this challenge efficiently and effectively and to ensure the safety of communities across Canada, parole offices and Community Correctional Centre (CCC) staff have worked at developing local community partnerships while nationally, CSC is working to provide new staff and training.

The result is a nationwide initiative with positive local results.

Increase in the Population of Offenders with Mental Disorders

The term "offenders with mental disorders" includes not only mental illnesses such as bipolar disorder or schizophrenia but also disorders such as Fetal Alcohol Spectrum Disorders, Alzheimer's Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), personality disorders, as well as problems resulting from head injuries and other disorders that influence the functioning of an individual. This group of offenders is the population in CSC custody that has shown such a dramatic increase in numbers over the past decade.

"This increase puts the pressure on CSC to provide services," says Dr. Andrea Moser, Manager of Community Mental Health Initiative in CSC's Health Services Branch. A psychologist by training, she has worked as a Manager in the Reintegration Programs and Health Services Branches at National Headquarters for the past 10 years, but started her career at the Regional Treatment Centre in the Ontario Region of CSC providing psychological services to offenders with mental disorders.

"We are legislated to provide health services to offenders and to promote the safe reintegration of offenders into the community. We have to keep in

mind their mental health needs because that can certainly contribute to their reintegration back into society and in several cases may be related to how they ended up in the correctional system initially," Dr. Moser says.

Forging Steps to the Community

One of the people reaching out to offenders with mental disorders is Parole Officer Sue Bruff at the St. John's Parole Office in Newfoundland and Labrador. Because that province doesn't have a federal penitentiary, Bruff often travels to the mainland CSC institutions in the Atlantic Region to meet offenders with mental disorders who will be discharged back into the community.

Ms. Bruff is part of a multidisciplinary case management team that is comprised of other staff from CSC, including a senior parole officer, a contract psychologist, psychiatric nurses from Ambulatory Services, as well as a team of community mental health professionals from Stella Burry Community Services (SBCS), a local community organization with deep ties in Newfoundland and Labrador.

Named after a pioneering teacher and social worker from Newfoundland, SBCS provides housing, counseling, education and employment services. It is a vital community partner in the safe reintegration of offenders with mental disorders in communities throughout the province.

One of the services provided is in the form of support workers who provide the one-on-one service to help offenders enhance their basic living skills, such as cooking, budgeting, shopping, medication management, attending appointments and advocacy.



Left: Clara Rendell, Director of the St. John's Parole Office and CCC Newfoundland, in the Atlantic Region

Right: Parole Officer Sue Bruff at the St. John's Parole Office in Newfoundland and Labrador

ADDRESSING MENTAL HEALTH NEEDS OF OFFENDERS

"When their sentence ends, the SBCS continues to work with them over the long term," Sue Bruff says. "So there's a reduction in psychiatric admissions and jail admissions once they've got the supports in place."

Community partnerships such as Stella Burry and Waterford Psychiatric Hospital, and provincial government departments in St. John's as well as the John Howard Society, St. Leonard's Society, Salvation Army and other community organizations across Canada, help to meet the mental health needs of offenders in the community.

"The Waterford Hospital staff know the kind of work we do and have developed a short-term stay strategy within their overall planning. We know we can go through their emergency system and get someone to see the offenders quickly. A short-term stay might be all a particular offender needs. The person might just need his medication adjusted a little bit," says Clara Rendell, Director of the St. John's Parole Office and CCC Newfoundland, in the Atlantic Region of CSC.

Community Mental Health Initiative (CMHI) Funds New Positions Across Canada

One of the primary components of the Community Mental Health Initiative (CMHI), launched in 2005, is enhanced discharge planning for offenders with mental disorders when they leave CSC institutions. Fourteen Clinical Social Workers (Discharge Planners) are being hired across the country to provide comprehensive discharge planning services to offenders being released from the regional treatment centres as well as regular men's and women's institutions. In addition, 15 Clinical Social Workers and 15 Community Health Nurses are being hired to provide mental health services to offenders with mental disorders on supervised release. This will help offenders to connect with community support and lay the groundwork for services that offenders will need when they are released.

"The in-depth discharge planning work done by the Clinical Social Workers complements and does not replace what the Parole Officer is doing in that case," says Dr. Moser. "Better discharge planning will assist their reintegration into the community," she says. "At the same time, we have to look at what is available in the community in terms of services."

"The Clinical Social Work and Community Mental Health Nursing positions work directly with offenders with mental health issues who are released," says Dr. Moser. "There will be a dialogue between the discharge planners, the institutions and the community site to which they will be released to promote a smooth transition between the institution and the community."

Clara Rendell says that because of the CMHI, the St. John's Parole Office has been able to hire a full-time community mental health nurse and a full-time social worker. She adds that the CMHI is also providing funding for a contract psychiatrist who holds clinics once a month.

St. John's Parole Office Working with the Community

However appropriate and effective the services to offenders with mental disorders may be during their incarceration, additional challenges are faced during reintegration back to the community.

Having started work as a Parole Officer in St. John's, Ms. Rendell has seen the efforts made over the years while working in the community with mental health offenders.

"We started out — it must be eight or nine years ago — identifying a particular need," she says.

Ms. Rendell and her colleagues saw a gap in services when offenders with mental disorders were going back into the community. "These were the individuals who had a number of agencies involved with them prior to their sentencing — five or six very likely," she says.

"It is also important, she says, to recognize that offenders with mental health problems will need service in the community beyond the end of their sentence. By the time they are off their federal sentence, they may have gained supports needed beyond their sentence."

To meet this challenge, CSC has partnered with local agencies to ensure that after an offender is discharged or the sentence ends, supports remain for that individual.

"We have said that this is a continuum," says Ms. Rendell, "that you have to start while the person is still in the institution."

Training an Important Factor for Front-line Staff

Training is an important factor for CSC front-line staff who work with the new community health specialists to provide information and effective tools for dealing with offenders with mental disorders.

To that end, CSC has piloted a two-day training for front-line community staff that will be rolled out over the next year.

"The hope is that we can provide training to more staff," says Dr. Moser. "Staff can benefit from greater understanding of mental health issues and how to work effectively with offenders with mental health issues."

Building Capacity in the Community

"One thing we want to do with this initiative when we place new staff in the community is capacity building," says Dr. Moser, "to build the bridges between CSC and the other organizations that provide mental health services in the community."

"So that kind of link to the community when you work with a mental health population is really important," says Ms. Rendell. "It's making those connections."

"It's having an understanding that we're all working toward the same goal here — how can we work on it together?"

"We're getting there," she says. ♦